



Somatische zorg bij de patiënt met een psychiatrische aandoening door de huisarts: pijn en pijnbehandeling

Dr. Sylvia Vissers, KU Leuven

Promotor: Professor Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Ilse Decorte

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Mei 2014

Abstract: Somatische zorg bij de patiënt met een psychiatrische aandoening door de huisarts: pijn en pijnbehandeling

Inleiding: Patiënten met psychiatrische aandoeningen hebben een verhoogd risico op comorbide somatische aandoeningen en een verhoogde mortaliteit. Deze literatuur- en veldstudie licht het verband uit tussen psychiatrische aandoeningen en pijnproblemen. Er wordt een antwoord geformuleerd op de volgende onderzoeksvraag: Wat is de prevalentie van chronische pijnproblemen en het medicatiegebruik bij patiënten met een chronische psychiatrische aandoening in Vlaanderen?

Materialen en methoden: Een literatuurstudie werd opgezet via de watervalmethode. In de veldstudie werden gegevens verzameld in 2 psychiatrische centra en in 2 huisartsenpraktijken. De patiënten leden aan de volgende psychiatrische aandoeningen met bijhorende ICPC 2 codes: P71 andere organische psychose, P72 schizofrenie, P73 affectieve psychose, P74 angststoornis/ angsttoestand, P75 somatisatie stoornis, P76 depressieve stoornis, P77 suicide/ suïcidepoging, P79 fobie/ dwangstoornis, P80 persoonlijkheidsstoornis, P82 posttraumatische stressstoornis, P86 anorexia nervosa/boulimie, P98 psychose nao. Het vóórkomen van de volgende chronische pijnproblemen werd nagegaan: pijn ten gevolge van maligne processen en de ICPC-2 codes A01, D01, D02, D06, A11, P01, P03, L18, L83, L84, L86, L90, L91, N01, N02, N89, N90, N92, N95, N93, N94, R01 en S01. Verder werd het gebruik van analgetica, psychofarmaca en andere medicatie opgezocht in het dossier.

Resultaten: In de literatuur toonde pijnexperimenteel onderzoek een verhoogde pijndrempel aan bij angststoornissen, posttraumatisch stresssyndroom en majeure depressie ondanks de hoge prevalentie van chronische pijnproblemen. Patiënten met schizofrenie vermeldten significant minder pijn bij ernstige pijnlijke aandoeningen dan gemiddeld, doch er is onvoldoende evidentie om te spreken van analgesie. In de veldstudie werden 370 patiënten geïncludeerd. Chronische pijnen kwamen voor in 70% van de onderzoekspopulatie. Respectievelijk 48%, 25% en 45% gebruikten antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepines. Bij 43% van de patiënten werden chronisch analgetica voorgeschreven. 20% van de patiënten nam een PPI.

Discussie: Bij depressie, PTSD en angststoornissen was de comorbiditeit zeer groot met chronische pijnproblemen, vooral musculoskeletale pijnen en rugklachten. Dit werd zowel bevestigd in de literatuurstudie als in de veldstudie. Het gebruik van pijnmedicatie, benzodiazepines en PPI's ligt bij de onderzoekspopulatie erg hoog. Pijnexperimenteel onderzoek in de literatuur leidde bij depressie en angststoornissen tot de paradox 'meer pijn, maar een hogere pijndrempel' die onvoldoende opgehelderd kon worden. Pijnexperimenteel onderzoek weerlegt het vermoeden van analgesie bij schizofrenie.

Besluit: Deze MANAMA pilootstudie bevestigt de aanzienlijke comorbiditeit tussen psychiatrische aandoeningen en chronische pijnproblemen in Vlaanderen en het belangrijke gebruik van analgetica en benzodiazepines. Verder onderzoek is nodig om beter inzicht te krijgen over de oorzaken van de gewijzigde pijngevoeligheid, pijnexpressie en van de subjectieve pijnbeleving van psychiatrische patiënten.

Inhoudstafel

Abstract	2
Voorwoord	4
Hoofdstuk 1: Pijn bij de psychiatrische patiënt: literatuurstudie.....	5
Inleiding	5
Materialen en methoden	5
Resultaten	6
ANGSTSTOORNISSEN EN POSTTRAUMATISCH STRESS-SYNDROOM.....	7
MAJEURE DEPRESSIE	9
BIPOLAIRE STOORNIS	11
SCHIZOFRENIE	12
EETSTOORNISSEN	13
NEUROPSYCHIATRISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN.....	14
PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN: BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS EN OBSESSIEF- COMPULSIEVE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS	15
Discussie	17
Besluit	19
Referenties	19
Hoofdstuk 2: Veldonderzoek in psychiatrische centra en huisartsenpraktijken.....	23
Inleiding	23
Materialen en methoden	23
RECRUTERING.....	23
INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA.....	23
GEGEVENSVERZAMELING.....	26
GEGEVENSVERWERKING	26
INFORMED CONSENT	27
GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE.....	27
Resultaten	28
PATIENTENKARAKTERISTIEKEN	28
AANTAL PATIENTEN PER PSYCHIATRISCHE AANDOENING.....	28
COMORBIDE CHRONISCHE PIJNPROBLEMEN.....	29
MEDICATIEGEBRUIK	30
Discussie	34
VERGELIJKING MET INTEGRO	36
STERKTES EN ZWAKTES VAN DEZE STUDIE.....	36
Besluit.....	37
Hoofdstuk 3: Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering	44

Voorwoord

De psychiatrische patiënt. Bij sommige huisartsen wekt hij grote onzekerheden en twijfel op, voor andere artsen vormt deze patiënt een boeiende uitdaging. Hoe dan ook laat psychiatrie geen enkele huisarts ongemoeid en nemen psychiatrische patiënten een speciale plaats in binnen de huisartsgeneeskunde.

Ook bij mij gaat een bijzondere interesse uit naar psychiatrie binnen de huisartsgeneeskunde. Toen ik gecontacteerd werd om deel te nemen aan onderzoek omtrent somatische zorgen bij psychiatrische patiënten door de huisarts, was ik opgetogen om tijdens de eerste vergadering gelijkgezinde huisartsen te ontmoeten die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Het werd tijdens deze vergadering onmiddellijk duidelijk dat er een groot gebrek aan kennis en literatuur bestaat over de somatische zorgen voor psychiatrische patiënten. Bovendien komt een gemiddelde huisarts in de praktijk niet frequent in contact met majeure psychiatrische aandoeningen, waardoor huisartsen moeilijk ervaring kunnen opdoen.

Vanuit hun persoonlijke ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg, reikten de huisartsen in onze onderzoeksgroep een aantal knelpunten aan binnen de somatische zorg voor de psychiatrische patiënt, namelijk pijnsyndromen en pijnbeleving, gastro-enterologische aandoeningen en polyfarmacologie. Een eerste oriënterende literatuurstudie wees op een belangrijk gebrek aan recente studies en interesse voor deze onderwerpen. Er is duidelijk nood aan nieuw onderzoek.

Mijn MANAMA thesis over pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met een psychiatrische aandoening tracht een eerste stap te zijn naar meer kennis over en interesse voor de somatische zorgen bij de psychiatrische patiënten door huisartsen.

Dit MANAMA afstudeerwerk kwam tot stand onder begeleiding van promotor professor dokter Jan De Lepeleire, waarvoor mijn dank.

Verder wens ik mijn dank te betuigen aan de leden van onze onderzoeksgroep. In alfabetische volgorde: dokter Paul Decort, huisarts in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek en docent aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde te Leuven. Dokter Ilse Decorte, huisarts in het Open Psychiatrisch Zorgcentrum Geel, in de palliatieve thuiszorg bij Ispanan vzw en collega in de groepspraktijk te Herentals waar ik mijn opleiding genoten heb. Dokter Kathleen Driesen, huisarts aan het Psychiatrisch Centrum Sint-Amadeus in Mortsel en dokter Hilde Stoop, huisarts aan het Psychiatrisch Centrum Bethanië te Zoersel. Dokter Wouter Van Mechelen, huisarts in de universitaire groepspraktijk Leuven en werkzaam in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint Kamillus te Bierbeek en dokter Inge Willems, huisarts aan het Universitair Psychiatrisch Centrum Kortenberg.

Bedankt aan de studenten geneeskunde Eva Straus en Tine Tersago omwille van hun assistentie bij het verzamelen van de gegevens. Woorden van dank ook aan mijn collega's van de opleidingspraktijk Ama Vitam in Herentals.

Ten slotte wens ik mijn familie en mijn vriend Bart van harte te bedanken voor de erg gewaardeerde hulp bij de statistische analyse en voor de morele steun tijdens het hele MANAMA project.

Hoofdstuk 1: Pijn bij de psychiatrische patiënt: literatuurstudie

Inleiding

Patiënten worden in de huisartspraktijk soms snel ingedeeld in twee categorieën, namelijk de psychiatrische patiënten en de niet-psychiatrische patiënten. Tevens worden nog te vaak pathologieën in dezelfde categorieën onderverdeeld. Er bestaat nochtans voldoende evidentie dat psychiatrische aandoeningen en somatische aandoeningen hand in hand gaan. Comorbiditeit is eerder regel dan uitzondering, zoals McWilliams eerder zei. (1)

Psychiatrische patiënten lopen een hoger risico op typische 'somatische' aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, infecties en respiratoire aandoeningen. Comorbide somatische en psychiatrische aandoeningen vormen een uitdaging voor de moderne geneeskunde, aangezien ze elkaar beïnvloeden op vlak van prognose en therapeutische mogelijkheden. Verder weegt de chronische psychiatrische en somatische zorg door op maatschappelijk vlak, door de hoge medische kosten en de arbeidsongeschiktheid. (2-6)

Deze studie bespreekt een onderdeel van dit medische en maatschappelijke probleem, namelijk de comorbiditeit tussen chronische pijnproblemen en enkele psychiatrische aandoeningen waarmee huisartsen in contact komen. Respectievelijk komen angststoornissen en post-traumatische stresssyndroom, majeure depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, neuropsychiatrische ontwikkelingsstoornissen, eetstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis aan bod.

Vooraleer we kunnen spreken over chronische pijn, moeten we de definitie van pijn volgens de International Association for the Study of Pain onder de loep nemen. "Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo'n beschadiging." (7) Pijn is dus zowel een fysiologische entiteit, die verloopt via prikkeling van sensorische zenuwen, als een cognitief-affectieve entiteit. Pijn is een vitaal teken, een belangrijke aanwijzing dat er schade is geleden aan het lichaam. Bij sommige mensen neemt dat pijnsignaal zelf echter de overhand en wordt het een pathologie op zich. (7) Het verband tussen chronisch psychiatrische aandoeningen en chronische pijn wordt beschreven in deze literatuurstudie.

Materialen en methoden

Een uitgebreide literatuurstudie werd uitgevoerd volgens het watervalprincipe.

De volgende quaternaire bronnen werden geraadpleegd: NHG standaarden, Domus Medica aanbevelingen, KCE, Evidence-Based Medicine Guidelines, Clinical Knowledge Summaries (Prodigy), National Guideline Clearinghouse, NICE (National Institute for Clinical Excellence) en SIGN (Scottish

Intercollegial Guidelines Network). Voor deze quaternaire bronnen werden de trefwoorden 'pijn' of 'pijnbeleving' en 'psychiatrie' gebruikt voor de Nederlandstalige bronnen, en 'pain' of 'pain perception' en 'psychiatry' voor de Engelstalige bronnen.

De Engelstalige tertiaire bronnen die werden gebruikt, zijn Cochrane library, Clinical Evidence en ACP journal club, Evidence Based Medicine (het tijdschrift). De volgende zoektermen werden gehanteerd: 'pain' AND 'psychiatry', 'pain perception' AND 'psychiatry', 'pain sensitivity' AND 'psychiatry'. Minerva was de enige Nederlandstalige tertiaire bron, met de zoektermen 'pijn', 'psychiatrie', 'pijnbeleving', 'pijn gevoeligheid' en 'pijn sensitiviteit'.

Vervolgens werden de volgende secundaire bronnen onderworpen aan de literatuurstudie: Medline via Pubmed, Ovid/PsycINFO en Cinahl. Voor Pubmed werden de volgende MesH termen gebruikt: "pain perception", "pain threshold", "diminished, pain sensation", "chronic pain", "diagnosis, psychiatric", "mental disorder", "disorder, schizophrenic", "autism spectrum disorder", "obsessive compulsive disorders", "antisocial personality", "borderline personality disorders", "bipolar affective psychosis", "coping behaviors". Bij de search in Ovid/PsycINFO en Cinahl werd gekozen voor de zoektermen 'pain perception', 'chronic pain', 'psychiatry', 'mental disorders' en 'Pain and Coping Behavior' of 'coping'.

Tenslotte werd een backward search uitgevoerd via bronvermeldingen uit de resulterende artikels.

Resultaten

Er werden 57 artikels weerhouden. De literatuursearch leverde geen richtlijnen en slechts een beperkt aantal Nederlandstalige artikels op. Vele artikels waren ouder dan 10 jaar. Ze betroffen experimenteel pijnonderzoek bij psychiatrische patiënten of epidemiologische gegevens van chronische pijnproblemen uit het buitenland.

Bij experimenteel pijnonderzoek werden de pijnperceptie, pijntolerantie en pijndrempels van psychiatrische patiënten vergeleken met deze van de gezonde personen. Deze parameters werden gemeten door het toedienen van druk, warmte, koude, elektrische prikkels en ischemie. Methodes gebaseerd op de signal detection theory gaven de mogelijkheid een onderscheid te maken tussen het sensorische en het affectieve aspect aan pijnperceptie. (8-18)

In de volgende paragrafen worden de bekomen resultaten gerapporteerd volgens psychiatrische diagnose.

ANGSTSTOORNISSEN EN POSTTRAUMATISCH STRESS-SYNDROOM

Verband met chronische pijnproblemen

Angst en pijn gaan hand in hand. De prevalentie van acute en chronische pijnproblemen lag significant hoger bij patiënten met angststoornissen dan bij gezonde patiënten, zowel in de westerse landen als in ontwikkelingslanden. (19) Het type angststoornis speelde tevens een belangrijke rol in het voorkomen van pijn. Patiënten met gegeneraliseerde angststoornissen of posttraumatische stressstoornis (PTSD) vermeldten meer pijnklachten dan patiënten met paniekstoornis of fobieën zoals agorafobie of sociale fobie. (20-21)

Volgens Teh et al. (2009) vermeldten patiënten met angststoornissen twee tot drie keer meer pijn dan gezonde personen. De meest prevalentie klachten waren gewrichtsklachten zoals lage rugpijn, hoofdpijn en nekpijn. Fibromyalgie en pijn op de borst kwamen significant meer voor bij paniekstoornissen en PTSD dan gemiddeld. (7,12,22-25)

Tevens waren de pijnklachten meer intens bij patiënten met een angststoornis, en het meest bij patiënten met PTSD. (12) Pijn interfereerde meer dan gemiddeld met hun dagelijkse activiteiten, waardoor deze patiënten vaker arbeidsongeschikt waren, meer pijnmedicatie innamen en meer gebruik maakten van medische voorzieningen zoals de spoedgevallendiensten. (1,21-22,26-29) Hun kwaliteit van leven lag beduidend lager. (30) Bovendien leidde pijn tot een meer chronisch verloop van de psychiatrische aandoeningen dan gemiddeld. (22-23,31)

Pijn en angst beïnvloedden elkaar op een negatieve manier, zodat men met hevigere angst meer intense pijn beleefde en vice versa. (7,23) De behandeling van de angststoornis door psychofarmaca kon de prevalentie en intensiteit van pijn bij deze patiënten doen afnemen. De respons op de farmacologische behandeling van de angststoornis was bovendien afhankelijk van de aanwezigheid van pijn: pijn beïnvloedde de therapie op een negatieve manier. Pijn die slecht onder controle is, wordt op zich een nieuwe risicofactor voor angst. (22,24) Daartegenover waren pijnklachten bij angststoornissen minder goed te behandelen dan bij de controlepopulatie. (22) Een goede behandeling van pijn kon de angst doen afnemen, en een goede behandeling van de angststoornissen reduceerden op zich de pijn. (7)

Angststoornissen werden, ondanks hun tamelijk grote prevalentie van 12-18% in de eerste lijn (22,26), vaak niet gediagnosticeerd. (32) Dit kan kwalijke gevolgen hebben voor de behandeling van pijnproblemen bij deze patiënten, aangezien deze pijnproblemen minder goed reageren op de klassieke analgetica en een specifieke aanpak vereisen. Volgens Gerrits et al. vereisen patiënten met angststoornissen en comorbide pijnsyndromen een multidisciplinaire aanpak, namelijk een combinatie van analgetica, psychofarmaca en psychotherapie om beide pathologieën zo goed mogelijk te behandelen. (31)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

De gestegen prevalentie van chronische pijnsyndromen kon volgens experimenteel onderzoek niet worden verklaard door een gestegen gevoeligheid voor pijn, een gedaalde pijndrempel of pijntolerantie bij patiënten met angststoornissen of posttraumatisch stresssyndroom. Experimenteel pijnonderzoek toonde immers een normale pijndrempel bij patiënten met paniekstoornissen en een gestegen pijndrempel bij de PTSD patiënten in vergelijking met gezonde personen. Eens deze patiënten een prikkel als pijnlijk ervoeren, scoorden ze de pijn wel intenser dan gezonde personen of personen met een andere angststoornis op de VAS schaal. (12,25)

Patiënten met angststoornissen vertoonden een toename in pijngevoeligheid naarmate de ernst van de angst toenam. Angststoornis en PTSD patiënten noemden naast psychische stressfactoren zoals nervositeit, angst, depressie en woede, ook fysieke inspanning, intens licht of geluid en herinnering aan de traumatische gebeurtenis op als interfererende factoren die de pijn verergerden. (12)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Hoe verklaar je nu de paradox dat er meer pijnsyndromen voorkomen bij angststoornissen, terwijl de pijndrempels normaal of zelfs gestegen waren?

De literatuur reikte een grote diversiteit aan van mogelijke oorzaken voor de gewijzigde experimentele pijngevoeligheid en epidemiologie van pijnsyndromen.

Angst is, in tegenstelling tot depressie, eerder een oorzaak dan een gevolg van chronische pijn. (32)

Ten eerste kunnen verscheidene biochemische markers een link vormen tussen psychiatrische aandoeningen en pijn. (17) Neurotransmitter-pathways, zoals de monoamines, GABA, glutamaat en adenosine-pathways, liggen mogelijk aan de basis van de relatie tussen pijn en angststoornissen. (7,14) Ook opioïd pathways werden door sommige auteurs vermeld. (10,12) PTSD was trouwens een risicofactor voor opioïd abus. (29)

Ten tweede beïnvloeden verschillende psychofarmaca de pijnperceptie en pijndrempel. Tricyclische antidepressiva, SSRI's, antipsychotica zoals clozapine, anxiolytica en anti-epileptica worden zelfs gebruikt bij chronische pijnproblemen en neuropathische pijnen als adjuvante pijnmedicatie. Het gebruik van dergelijke medicatie kan de pijngevoeligheid wijzigen. (7,15,17,33-34)

Ten derde spelen psychologische, cognitieve en emotionele factoren een belangrijke rol in pijnperceptie en pijntolerantie. Pijntolerantie neemt toe en pijnperceptie daalt bij positieve coping, namelijk gevoelens van zelfbeschikking en motivatie. (8) Patiënten met PTSD hadden een negatieve instelling en ervoeren minder controle en meer negatieve emoties met betrekking tot de pijn. (35-36)

Aandacht is een belangrijke modificerende factor in pijn. Pijn verzacht door de aandacht af te leiden van de pijn. Catastroferen, vermijdend gedrag met sedentariteit tot gevolg en hypervigilantie voor veranderingen in het lichaam, zoals een verhoogde hartslag of spierspanning, kunnen aan de basis

liggen van een toename in chronische pijn bij patiënten met een angststoornis of PTSD, ondanks de verhoogde pijndrempel. De patiënten geraken in een vicieuze cirkel waarbij deze psychologische mechanismen de pijn telkens weer versterken en terug oproepen. Zo wordt de angst eerder een oorzaak dan een gevolg van de pijn. (12,23,32,35,37)

De perceptie van een gebrek aan sociale steun of empathie is geassocieerd met intensere pijn en meer uitgesproken psychopathologie. Vooral patiënten die leiden aan PTSD brengen deze stressor ter sprake. (28)

Tenslotte kunnen herinneringen aan eerder beleefde intense pijn via de hippocampus de huidige pijn versterken. (7,12,22-23)

MAJEURE DEPRESSIE

Verband met chronische pijnproblemen

Depressie en chronische pijn komen vaak samen voor. (38) Sommige auteurs vermeldden een prevalentie van ongeveer 50-65% comorbide pijn bij patiënten met majeure depressie. (28,31,39) Onder de patiënten met chronische pijnproblemen vertoonde in de studie van McWilliams et al. 20,2% patiënten een depressie. (1)

Majeure depressie kan zowel de oorzaak als het gevolg zijn van chronische pijn. Patiënten met majeure depressie zijn kwetsbaarder voor chronische pijn. Omgekeerd lopen patiënten met chronische pijn een groter risico op de ontwikkeling van een majeure depressie. (38)

Pijn was, na slaapproblemen, de tweede meest voorkomende somatische klacht bij patiënten met depressie. Vooral lage rugpijn, hoofdpijn, migraine, nekpijn, abdominale pijn, fibromyalgie en andere musculoskeletale pijnsyndromen werden vernoemd. (7,13-15,20,24,40)

Bij majeure depressie waren idiopathische of somatisch niet verklaarbare pijnproblemen meer prevalent dan in de controlepopulatie. Patiënten met lage rugpijn ten gevolge van een aangetoonde discushernatie of radculaire prikkeling vertoonden minder vaak psychologische problemen dan patiënten met lage rugpijn zonder aantoonbare somatische pathologie. (41-42) Volgens Pompili et al. kon voor een derde van alle pijnproblemen bij patiënten met majeure depressie geen somatische oorzaak aangetoond worden. (28) Dit heeft belangrijke consequenties voor de prognose van de psychiatrische aandoening. Medisch onverklaarbare pijn is immers een extra risicofactor voor suïcidaliteit. (42)

Zoals bij angststoornissen, beïnvloedden pijn en depressie elkaar op een negatieve manier. De patiënten vermeldden een meer intense pijn en een gedaalde levenskwaliteit. (43) Tevens vertoonden patiënten met depressie en chronische pijnproblemen een meer chronisch verloop van beide pathologieën en meer suïcide ideaties en suïcidepogingen dan patiënten met depressie zonder comorbide chronische pijn. (1,7,24,31-32,38,44-46)

De behandeling dient een combinatie te bieden van antidepressiva, analgetica en psychotherapie. (31) Het toevoegen van antidepressiva aan de pijnbehandeling resulteerde in de studie van Lin et al. in een significant betere pijncontrole bij depressieve patiënten. (47) Een systematische review uit 2012 vond geen evidentie om een bepaald antidepressivum de voorkeur te geven bij chronische pijnproblemen. (48)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Lange tijd werd vermoed dat patiënten majeure depressie een gedaalde pijndrempel en pijntolerantie hadden. Experimenteel pijnonderzoek wees echter aan dat zij een verhoogde pijndrempel hadden ten opzichte van gezonde testpersonen bij kortdurende pijnprikkels. (13,25) Deze paradox vonden we eerder reeds terug bij de angststoornissen. De gewijzigde pijndrempel kon dus de hoge prevalentie van chronische pijnproblemen bij patiënten met majeure depressie niet verklaren.

In recentere experimenten vonden Bär et al. (2005) een gestegen pijndrempel voor elektrische en thermische pijn bij depressie, maar een gedaalde pijndrempel voor ischemische pijn. Deze studie besloot dat er tegelijk sprake was van hypoalgesie en hyperalgesie bij majeure depressie. Dit deed bij de onderzoekers een vermoeden rijzen dat de verwerking van oppervlakkige pijn en diepe pijn anders verliep bij depressie dan bij gezonde personen. Mogelijk kon hierdoor de paradox in de literatuur en de toename in prevalentie van 'diep-somatische' pijnsyndromen, zoals abdominale pijn en rugpijn, verklaard worden. (14,33)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Op neuro-endocrien vlak werden noradrenaline, serotonine en cortisol vernoemd. Sommige auteurs verwierpen de theorie dat het opiaatsysteem verantwoordelijk is voor de gewijzigde pijnbeleving bij majeure depressie, aangezien naloxone in pijnexperimenteel onderzoek geen effect had op de pijndrempels en pijntolerantie. (13-14,49)

Zoals bij angststoornissen, spelen ook sociale, cognitieve en emotionele factoren een belangrijke rol bij de pijnbeleving van depressieve patiënten. (7) Zo heeft sociale exclusie een impact op de pijnperceptie en pijntolerantie. Proefpersonen die een voorspelling kregen van een eenzame toekomst, waren minder gevoelig voor fysieke pijnprikkels dan proefpersonen die een eerder rijk sociaal leven beloofd kregen. De auteur concludeerde dat emotionele pijn, zoals sociale exclusie, de persoon tijdelijk minder gevoelig maakt voor fysieke en andere emotionele pijn, en functioneert als een buffer tegen aversieve prikkels. De hypoalgesie bij emotionele pijn is op die manier vergelijkbaar met de hypoalgesie bij fysieke pijn. (50)

De verhoogde pijndrempel bij depressieve patiënten werd door Lautenbacher et al. (1994) verklaard door affectvervlakking, concentratieverlies en apathie. (13) De respons op pijnprikkels werd elders ook stoïcijns genoemd. (34) Een uitspraak van Hippocrates werd gebruikt om de paradoxale gestegen

pijndrempel bij patiënten met chronische pijnproblemen te verklaren. “Of two pains occurring together, not in the same part of the body, the stronger one weakens the other.” Een gestegen pijndrempel elders functioneert als een compensatoir, homeostatisch proces bij chronische pijnpatiënten, en mogelijk ook bij depressieve patiënten. (15,34)

Volgens Bär et al. lag een verschil in verwerking van oppervlakkige pijnlijke prikkels en diepe pijnprikkels bij depressieve patiënten aan de basis van de verhoogde pijndrempel voor thermische en elektrische pijn en de gedaalde pijndrempel voor diepe ischemische pijn. (14)

Ten vierde werden ook neurofysiologische mechanismen voorgesteld, zoals neuroplasticiteit, centrale sensitisatie en veranderingen in de nociceptieve neuronen. (12,30,51)

BIPOLAIRE STOORNIS

Verband met chronische pijnproblemen

Over bipolaire stoornis en chronische pijnproblemen is veel minder gekend dan over majeure depressie en angststoornissen, omdat bipolaire stoornis veel minder prevalent is dan de voorgenoemde psychiatrische aandoeningen (een lifetime-prevalentie van 1,8%-2% voor bipolaire stoornis (26,32)). Dit uitte zich ook in het beperkte aantal gevonden artikels.

In de literatuur werd gesuggereerd dat de gemoedstoestand, namelijk de depressieve of manische fase, een sterke invloed kon hebben op de pijn. Welke invloed is echter nog niet duidelijk. (15,17)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Patiënten met bipolaire stoornis vertoonden in experimenteel pijnonderzoek een gestegen pijndrempel, maar de somatosensorische respons en het discriminatievermogen waren niet gewijzigd. (15) Een andere studie daarentegen wees op gedaalde pijndrempels en gedaalde pijntolerantie bij patiënten met een bipolaire stoornis ten opzichte van gezonde personen. Daarnaast scoorden de patiënten dezelfde pijnprikkel hoger op de VAS schaal dan de controles, dus ervoeren ze de pijn als meer intens. (17)

Sommige auteurs vonden een gedaalde pijntolerantie tijdens de depressieve fase en een gestegen tolerantie tijdens de manische fase. Volgens anderen daarentegen was de pijndrempel onafhankelijk van de gemoedstoestand waarin de patiënt zich bevond. (15)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Dezelfde mechanismen als bij majeure depressie werden aangehaald bij bipolaire stoornissen.

Aanvullend waren Atik et al. van mening dat neurofysiologische alteraties, zoals een gewijzigde transmissie van pijnlijke stimuli, mede aan de grond lagen van de gewijzigde pijndrempels bij bipolaire stoornis. (17)

SCHIZOFRENIE

Verband met chronische pijnproblemen

In epidemiologische onderzoeken omtrent chronische pijnproblemen bij psychiatrische patiënten waren schizofrene patiënten sterk ondervertegenwoordigd. Alleen hoofdpijn en aangezichtspijnen kwamen ter uitzondering frequent voor in combinatie met schizofrenie. (34,52) Toch is schizofrenie geen zeldzame psychiatrische aandoening (prevalentie tussen 0,5 en 1% volgens Bonnot et al. (18)).

Bovenstaande review van Bonnot et al. (2009) verwees naar het grote aantal case reports over patiënten met schizofrenie die geen pijn uitten bij -voor gezonde personen- uiterst pijnlijke en levensbedreigende aandoeningen. (18) Zo zijn er talrijke casussen beschreven over schizofrene personen met acuut abdomen (53), peritonitis, megacolon, acuut myocardinfarct, brandwonden, botfracturen en compartimentsyndromen, zonder pijn in de anamnese. Zo rees de gedachte dat patiënten met schizofrenie ongevoelig waren aan pijn.

Dworkin et al. (1994) wezen op een aantal belangrijke consequenties voor de praktijk. De veronderstelde ongevoeligheid voor pijn bij schizofrene patiënten vormde een risico op te late diagnostiek en onderbehandeling van mogelijk levensbedreigende aandoeningen. De auteurs stelden daarom voor om zich als clinicus niet te laten leiden door de afwezigheid van pijn in de anamnese, maar te vertrouwen op andere klinische symptomen en tekens. Tevens zouden aan schizofrene patiënten technieken moeten worden aangeleerd om bij zichzelf ziekten te herkennen op basis van andere symptomen en om verwondingen te voorkomen. Zij zouden immers door hun psychiatrische aandoening en de veronderstelde pijnongevoeligheid meer geneigd zijn om gevaarlijke, luidruchtige of ongezone beroepen en hobby's op te zoeken. (18,34)

Tenslotte werd gesuggereerd dat een gewijzigde pijngevoeligheid bij gezonde familieleden van schizofrene patiënten een voorbode kan zijn van de latere ontwikkeling van schizofrenie. (18,34)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Talrijke experimenten met diverse pijnprikkels werden uitgevoerd om de theorie omtrent de ongevoeligheid voor pijn bij schizofrenie te staven of te weerleggen. De resultaten van deze

onderzoeken waren zeer uiteenlopend. (18) In de recente studie van Atik et al. vertoonden patiënten met schizofrenie een licht gestegen drempel voor experimentele pijnprikkels in vergelijking met gezonde controlepatiënten. Toch ervoeren ze de pijn even intens als de gezonde personen. De tolerantie voor pijn en de uithouding in tijd waren wel duidelijk groter bij schizofrene personen dan bij de controles. (17) Een studie uit 2012 resulteerde daarentegen in een gestegen pijngevoeligheid voor acute pijnprikkels. De pijndrempel daalde naarmate het aantal positieve symptomen, zoals hallucinaties en wanen, toenam. (54)

Volgens Bonnot et al. bestond er onvoldoende evidentie dat schizofrene patiënten inderdaad analgesie vertoonden. Ze vonden het veilig eerder te spreken van een gewijzigde pijnexpressie dan van een ongevoeligheid voor pijn. Dworkin et al. wezen op de talrijke methodologische problemen om de resultaten van de experimentele pijnonderzoeken in twijfel te trekken. (18,34)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Verschillende auteurs suggereerden dat cognitieve, affectieve en sociale stoornissen de basis vormden voor de gewijzigde pijnperceptie, of eerder pijnexpressie, bij schizofrene patiënten. Affectvervlakking, communicatieve beperkingen en een gestoorde lichaamsperceptie zijn immers kernsymptomen van schizofrenie. Ze worden ook wel de negatieve symptomen van schizofrenie genoemd. (17-18,34) Daardoor uitten schizofrene patiënten minder vaak spontaan pijn. Wanneer pijn expliciet bevraagd werd, was de reactie toch vaak bevestigend. (54)

Daarnaast vonden Levesque et al. een negatieve correlatie tussen de pijndrempel en de positieve symptomen zoals hallucinaties en wanen. Ook hier waren distorsies in het denken verantwoordelijk voor de gewijzigde pijngevoeligheid. (54)

Enkele auteurs wezen vervolgens op de mogelijkheid dat motorische en sensorische stoornissen, zoals een verminderde sensorisch discriminatievermogen, een invloed konden hebben op de pijngevoeligheid of pijnexpressie bij schizofrenie. (17,34)

Tenslotte werd het gebruik van psychofarmaca bij schizofrenie aangehaald als cofactor in de pijnregulatie. (17-18)

EETSTOORNISSEN

Verband met chronische pijnproblemen

Lautenbacher et al. bespraken in hun studie dat sommige patiënten met een eetstoornis die veelvuldig braken, relatief weinig pijnklachten ervoeren bij het braken, ondanks de chronische schade aan maag en slokdarmen. (49)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Hetzelfde onderzoek uit 1990 bij patiënten met boulimie of anorexia nervosa wees op een gedaalde pijngevoeligheid ten opzichte van controle patiënten. (49)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Evenals bij schizofrene patiënten, komt een gestoorde lichaamsperceptie voor bij patiënten met eetstoornissen. Deze cognitieve stoornis zou op een gelijkaardige manier de pijngevoeligheid bij eetstoornissen veranderen. (49)

Volgens sommige studies was het opiaatsysteem net zoals bij depressie niet betrokken bij de gewijzigde pijnbeleving bij patiënten met eetstoornissen, want ook hier had naloxone geen effect op de pijndrempels en tolerantie. (13,49)

Tenslotte werden neuropathische aandoeningen aangereikt als mogelijke oorzaken van de gewijzigde pijngevoeligheid. Bij zeer ernstige eetstoornissen werd immers zenuw schade aangetoond ten gevolge van chronisch vitaminegebrek, alcoholmisbruik of door verlies aan omringend vetweefsel. (49)

NEUROPSYCHIATRISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

Verband met chronische pijnproblemen

Heteroanamnese van de ouders of zorgverleners is zeer belangrijk bij ziekte bij patiënten met mentale retardatie, aangezien rechtstreekse anamnese vaak zeer moeilijk of onmogelijk is. Er zijn vele casussen beschreven waar deze patiënten schijnbaar geen pijn vertoonden bij desondanks zeer ernstige en pijnlijke pathologieën. Daarnaast was automutilatie een frequent voorkomende comorbiditeit bij mentale retardatie. (51,55-56) Al deze elementen kunnen bij de omgeving de valse indruk wekken dat deze personen minder of zelfs niet gevoelig zijn voor pijn. (57)

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Experimenteel pijnonderzoek bij patiënten met Downsyndroom toonde aan dat deze personen niet ongevoelig waren voor pijn, maar wel een hogere pijndrempel en een langere latentietijd vertoonden vooraleer ze een prikkel als pijnlijk ervoeren. Tevens hadden deze patiënten meer moeite met het lokaliseren van tastprikkel en pijnprikkel dan de gezonde controlepopulatie. (58) Een andere studie weerlegde de veronderstelling dat automutilerend gedrag een bewijs was voor ongevoelig aan pijn. (55) Nader et al. merkten bij kinderen met autismespectrumstoornis een

intensere faciale respons op tijdens venapunctie dan bij controlekinderen. Dit was voor de auteur een bewijs dat kinderen met autisme niet ongevoelig waren aan pijn, maar pijn uitten op een andere manier dan de gezonde populatie. (57) De pijndrempel voor hitte en koude was in een studie zelfs lager bij autistische patiënten dan bij de controles. (56)

Om te bepalen of de patiënt al dan niet pijn lijdt, wordt vaak afgegaan op de indruk en de ervaring van de verzorgenden. Verschillende studies toonden echter aan dat het oordeel van de ouders en zorgverleners vaak incorrect en bevooroordeeld is en dat de ouders de pijn van hun kinderen vaak onderschatten. Vele ouders deelden de mening dat hun mentaal geretardeerde kinderen pijn anders beleefden dan gezonde kinderen. (57) Zo gingen ze ervan uit dat kinderen met milde mentale retardatie vaak emotioneel en gedragsmatig overreageren op pijnprikkels om aandacht te vestigen op de pijn. Daarentegen meenden ze dat pijnreactie beter overeenstemt met de eigenlijke pijnsensatie bij zware mentale retardatie, omdat ze van mening waren dat deze personen niet in staat zouden zijn om dergelijk aandachtzoekend gedrag te plannen. Over het algemeen werd ervan uitgegaan dat kinderen met mentale retardatie minder pijngevoelig waren dan gezonde kinderen. Deze vooroordelen hadden mogelijk een grote impact op de zorgverlening voor de patiënt, met gevaar voor te late diagnoses en onvoldoende behandeling van pijnproblemen. (51,59) Nader et al. vergeleken de intensiteit van de faciale expressie van pijn bij kinderen met autismespectrumstoornis met de door de ouders geschatte pijn en gerapporteerde vroegere pijnepisoden. De correlatie tussen beiden was significant lager dan bij controle kinderen. Dit toonde aan hoe moeilijk het voor ouders is om pijn in te schatten bij hun mentaal geretardeerde kinderen. (57)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Personen met mentale retardatie zouden pijnproblemen moeilijker kunnen communiceren, zowel verbaal, emotioneel als gedragsmatig. Omwille van de mentale retardatie verloopt de communicatie rond pijn anders en uitten de patiënten hun pijn op een andere manier, waardoor de omgeving het gedrag van de patiënten fout kunnen interpreteren met ernstige, soms levensbedreigende situaties tot gevolg. Het gebrek aan huilen of aandacht zoeken bij ouders door kinderen met autisme, werd vaak verkeerdelijk gelijkgesteld aan een gebrek aan pijn. (57-58)

Er werd verder gesuggereerd dat personen met mentale retardatie automutilatie gebruiken als een manier om hun aandacht te onttrekken van chronische pijnproblemen. (51,55)

PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN: BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS EN OBSESSIEF-COMPULSIEVE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

Verband met chronische pijnproblemen

In de literatuur werd omtrent het verband tussen borderline persoonlijkheidsstoornis en pijn steeds hetzelfde fenomeen beschreven, namelijk automutilatie. Volgens Ludascher et al. vertoonden 70 tot

80% van deze patiënten automutilerend gedrag. (16) Ongeveer 60% van de patiënten rapporteerden geen pijn gedurende automutilatie. (10) Ook bij obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis (OCD) kwam dit fenomeen frequent voor. (11)

Zowel patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen als patiënten met OCD liepen een hoger risico op sociale isolatie en zelfmoord. Ze vertoonden een negatief zelfbeeld met een groot gevoel van schaamte en schuld. (9,11)

Uit deze gegevens rees de vraag of patiënten met borderline of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen minder gevoelig waren voor fysieke pijn dan gezonde personen. Dit leidde tot de volgende experimenten.

Resultaten experimenteel pijnonderzoek

Verschillende studies toonden aan dat de pijndrempel en pijntolerantie bij borderline persoonlijkheidsstoornis significant verhoogd was. Deze pijndrempel was afhankelijk van de gemoedstoestand van de patiënt. Zo steeg de drempel bij gevoelens van angst, woede, spanning, depressie en gevaar. (16) Ook scoorden borderline patiënten de pijn significant minder onaangenaam en intens dan de controles, zowel bij rust als bij negatieve emoties. (10,60) Daartegenover was de tolerantie voor emotionele stress lager bij patiënten dan bij controles. (9)

Gelijkaardige resultaten werden bekomen in pijnexperimenteel onderzoek bij patiënten met OCD. Zij vertoonden in de studie van Hezel et al. (2012) een verminderde tolerantie voor psychische stress dan de controle populatie, maar een toegenomen tolerantie voor fysieke pijn. Na de beleving van de fysieke pijn, rapporteerden de patiënten een afname van schuldgevoelens en een verbetering van hun gemoedstoestand. (11)

Oorzaken van veranderde pijngevoeligheid

Zowel sensorische, neurofysiologische als affectieve en cognitieve factoren speelden volgens de auteurs een regulerende functie in de pijngevoeligheid bij deze patiënten.

Bovenstaande pijnexperimenten toonden aan dat de pijndrempel van deze patiënten significant hoger lag en dat hun somatosensorisch discriminatievermogen was afgenomen. Dit wees in de richting van een sensorisch deficit. Ook alteraties in het opioïdsysteem werden naar voren geschoven als mogelijke verklaring voor de veranderingen in de pijnperceptie. (10) Verder zouden de limbische en prefrontale cortex een belangrijke regulerende rol spelen. (61)

Verschillende auteurs suggereerden dat de perceptie van fysieke pijn de psychische pijn bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis en OCD kan verzachten door de aandacht af te leiden van de psychische distress, zoals angst, verdriet of eenzaamheid. De auteurs spraken van maladaptieve zelfregulerende mechanismen, waarbij fysieke pijn wordt gebruikt als uitlaatklep, als homeostatisch middel, om de emotionele toestand te regelen. Vooral de vrouwelijke patiënten met borderline

persoonlijkheidsstoornis zouden meer bereid zijn om fysieke pijn te ervaren dan om emotionele pijn toe te laten. Automutilatie fungeert op die manier als een negatieve vorm van coping met negatieve emoties. (9-10)

Personen met obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis ervoeren veel schaamte en schuld. Automutilatie zou, net zoals dwangmatige repetitieve acties, dienen als een methode om zichzelf te straffen, boete te doen of om emotionele spanningen te verlichten. (11,16)

Discussie

Personen met chronische pijnproblemen, al dan niet met gekende medische oorzaak, hebben vaak een onderliggende angststoornis, posttraumatisch stresssyndroom of depressie. Het is aanbevolen bij chronische pijn te screenen naar deze psychiatrische aandoeningen en deze te behandelen. Pijn moet als een basissymptoom beschouwd worden bij deze aandoeningen en zou best actief bevraagd worden tijdens de anamnese van de psychiatrische ziekte.

Bij schizofrenie en mentale retardatie komen acute en chronische pijnproblemen veel minder vaak voor en bij eetstoornissen vindt men een contradictorisch lage prevalentie van maag- en slokdarmpijn.

In de literatuur botst men verder op een aantal paradoxen. Zo vermeldt de studie van Defrin et al. (2008) een verhoogde pijndrempel maar ook een verhoogde pijnintensiteit bij patiënten met angststoornissen en PTSD. (12) Ondanks die verhoogde pijndrempel zijn chronische pijnsyndromen bij deze patiënten meer prevalent dan in de gezonde populatie. Deze hyposensitiviteit voor experimentele pijn lijkt niet te verzoenen met de toegenomen prevalentie van chronische pijnen. Deze paradox vindt men eveneens terug bij depressie.

Wat kan dan het nut betekenen van dergelijke pijnexperimenten bij deze patiënten wanneer zij geen oorzakelijk verband kunnen aantonen tussen de psychiatrische aandoeningen en de gewijzigde pijnbeleving, gevoeligheid of expressie?

Enerzijds kunnen deze experimenten leiden tot verkeerde conclusies die gevaarlijk kunnen zijn voor de gezondheid van deze patiënten. Bij automutilatie, dat frequent voorkomt bij mentale retardatie, obsessief-compulsief gedrag en borderline persoonlijkheidsstoornis, is er onenigheid over de pijngevoeligheid bij deze patiënten. Een aantal experimenten toonden een gestegen pijndrempel aan bij deze patiënten. (10,16) Automutilatie interpreteren als het bewijs van afwezigheid van pijngevoeligheid is echter potentieel gevaarlijk aangezien sommige auteurs menen dat automutilatie kan gebruikt worden als een manier om de aandacht te onttrekken van chronische pijn. (9) Automutilatie kan dus eerder een hint zijn in de richting van een miskend pijnprobleem elders in het lichaam, in plaats van een bewijs van pijngevoelloosheid. Verder moet steeds een poging tot suïcide in het achterhoofd gehouden worden.

Anderzijds kunnen deze pijnexperimenten lang bestaande vooroordelen de kop indrukken. Lange tijd werd geloofd dat schizofrene patiënten minder pijn beleefden dan gezonde personen omdat ze niet de typische gedragingen vertoonden bij –voor de gezonde persoon- pijnlijke aandoeningen. Wanneer

artsen of verpleegkundigen via anamnese niet expliciet polsen naar pijn, wordt deze vaak onderschat. De resultaten van pijnexperimenten bij schizofrene patiënten liepen sterk uiteen en konden dit vooroordeel niet unaniem ondersteunen. Het is dus voorzichtig te spreken over een gewijzigde pijnexpressie in plaats van analgesie bij schizofrenie.

De diagnostiek van ernstige somatische aandoeningen wordt door de gedaalde pijnexpressie bemoeilijkt, aangezien pijn bij artsen vaak een essentieel element is in het mentale 'script' van bepaalde aandoeningen zoals bijvoorbeeld een acuut abdomen of acuut myocardinfarct. Bij schizofrenie is het aangewezen af te wijken van deze scripts. Ondanks de afwezigheid van pijn in de anamnese is het van groot belang analgetica op te starten bij ernstige somatische aandoeningen. Verder luidt de boodschap aan de behandelende artsen om oplettend te zijn bij somatische problemen zonder spontane pijnexpressie, om onderbehandeling en laattijdige diagnoses van potentieel ernstige aandoeningen te voorkomen.

Een gelijkaardig voorbeeld vindt men terug bij autisme. De communicatiestoornissen die typerend zijn voor autisme, belemmeren de normale verbale uitingen en gedragingen bij pijn, zoals jammeren en troost zoeken bij de ouders. Aangezien de meeste ouders en zorgverleners het pijngedrag van de patiënten niet goed kunnen lezen, gaan ze ervan uit dat de patiënt geen of minder pijn ervaart. Experimenten tonen echter aan dat autistische personen wel degelijk pijn ervaren, maar de pijn op een andere manier uiten. Bijgevolg is het van belang zich niet te baseren op de heteroanamnese of pijnanamnese vooraleer een ernstige aandoening uit te sluiten, maar meer aandacht te besteden aan andere klinische symptomen en tekens. Verder moeten er technieken worden aangeleerd aan zorgverleners en ouders van psychiatrische patiënten om de mogelijk atypische expressie van pijn beter te kunnen interpreteren, scoren en evalueren.

Miskende chronische pijnproblemen hebben duidelijk nefaste gevolgen voor chronisch psychiatrische patiënten. Patiënten die leiden aan angststoornissen, lopen een groter risico op acute en chronische pijnproblemen. In de praktijk bestaat de neiging deze pijnproblemen toe te schrijven aan paniek of hysteriform gedrag. Het niet au serieux nemen van pijn bij deze patiënten houdt het risico in om mogelijk ernstige, zelfs levensbedreigende problemen over het hoofd te zien. 'The boy who cried wolf' is een eeuwenoude parabel die perfect in dit plaatje past. Aan het andere uiteinde van het spectrum staat dan weer het gevaar op overconsumptie van medische faciliteiten zoals frequente bezoeken aan de spoedgevallendienst. Een evenwicht zoeken tussen deze twee uitersten is echter niet evident.

Patiënten die lijden aan chronische pijnen lopen een verhoogd risico op abususs, vooral door een overconsumptie van pijnmedicatie. (7) Dit risico neemt nog verder toe wanneer de chronische pijn gepaard ging met een psychiatrische aandoening. Vooral jongeren met majeure depressie of een angststoornis en een chronisch pijnprobleem zijn gevoelig aan opioïdenmisbruik. (62) Omgekeerd mag psychopathologie dus niet miskend worden bij chronische pijnproblemen om het risico op opioïdenafhankelijkheid tijdig te kunnen inschatten.

Door bovenstaande paradoxen en onduidelijkheden in de literatuur, bestaan er in de praktijk vele misverstanden omtrent pijn bij psychiatrische patiënten. De morbiditeit en mortaliteit van psychiatrische patiënten worden hierdoor nog steeds nadelig beïnvloed. Daarenboven is er in de literatuur geen eenduidigheid over de mogelijke oorzaken van deze paradox. Neurofysiologische,

somatosensorische, cognitieve, affectieve en sociale factoren worden naar voren geschoven als mogelijke oorzaak van de veranderingen in pijngevoeligheid of pijnexpressie. Meer dan waarschijnlijk liggen meerdere van deze factoren aan de basis van het probleem.

Tenslotte bestaat er bijna geen literatuur over de subjectieve pijnbeleving bij psychiatrische patiënten. De emoties, cognities, gedragingen, wensen en angsten van deze patiënten bij pijn blijven voorslagnog in het ongewisse. Een betere kennis van deze subjectieve pijnbeleving zou mogelijk een antwoord kunnen bieden op de voorgenoemde pijn-paradox.

Besluit

De oorzaken van de gestegen prevalentie van chronische pijnproblemen bij angststoornissen, PTSD en majeure depressie blijven onvoldoende opgehelderd. Pijnexperimenteel onderzoek leverde hier paradoxaal een hogere pijndrempel op. Ondanks een beperkte tot afwezige spontane expressie van pijn bij schizofrene patiënten, mag men niet concluderen dat deze personen analgesie vertonen. Ook automutilatie is geen bewijs van ongevoeligheid voor pijn, maar eerder een vorm van maladaptieve coping op emotionele of fysieke pijn elders in het lichaam.

Er is, zowel vanuit de literatuur als vanuit de praktijk, een duidelijke nood aan verder onderzoek over pijn, pijngevoeligheid, pijnexpressie en pijnbeleving bij psychiatrische patiënten.

Referenties

1. *Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample.* **McWilliams, LA.** Winnipeg, 2003, Pain, Vol. 106, pp. 127-133.
2. *Mental health problems in family medicine/general practice.* **De Lepeleire, J.** Leuven : sn, 2012, International Journal of Family Medicine, Vol. 2012.
3. *Physical illness in patients with severe mental disorders. I Prevalence, impact of medications and disparities in health care.* **De Hert, M.** Kortenbergh, 2011, World Psychiatry, Vol. 10, pp. 52-77.
4. *Physical illness in patients with severe mental disorders. II Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level.* **De Hert, M.** Kortenbergh, 2011, World Psychiatry, Vol. 10, pp. 138-151.
5. *Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Aanbevelingen voor zorg, monitoring en behandelingsrichtlijnen.* **De Hert, M.** 2012, Huisarts Nu, Vol. 41, pp. 17-20.
6. *Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness.* **Hasselt, FM van.** Groningen, 2012, International Journal of Mental Health Nursing, Vol. 22, pp. 249-255.
7. *Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain.* **Bras, M.** 2010, Psychiatria Danubina, Vol. 22, pp. 221-226.
8. *Cognitive mediators of pain perception and tolerance.* **Baker, SL.** 1991, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 61, pp. 504-510.

9. *An experimental investigation of emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: the moderating role of interpersonal distress.* **Gratz, KL.** 2011, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 52, pp. 63-74.
10. *Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior.* **Bohus, M.** Freiburg : sn, 2000, *Psychiatry Research*, Vol. 95, pp. 251-260.
11. *Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder.* **Hezel, DM.** 2012, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 43, pp. 981-987.
12. *Quantitative testing of pain perception in subjects with PTSD - Implications for the mechanism of the coexistence between PTSD and chronic pain.* **Defrin, R.** , 2008, *Pain*, Vol. 138, pp. 450-459.
13. *Pain perception in depression: Relationship to symptomatology and naloxone-sensitive mechanisms.* **Lautenbacher, S.** 1994, *Psychosomatic Medicine*, Vol. 56, pp. 345-352.
14. *Pain perception in major depression depends on pain modality.* **Bär, KJ.** 2005, *Pain*, Vol. 117, pp. 97-103.
15. *Pain responsivity in major depression and bipolar disorder.* **Dworkin, RH.** 1995, *Psychiatry Research*, Vol. 56, pp. 173-181.
16. *Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal with borderline personality disorder.* **Ludäscher, P.** 2007, *Psychiatry Research*, Vol. 149, pp. 291-296.
17. *Pain perception in patients with bipolar disorder and schizophrenia.* **Atik, L.** 2007, *Acta Neuropsychiatrica*, Vol. 19, pp. 284-290.
18. *Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question.* **Bonnot, O.** 3, 2009, *Clinical Journal of Pain*, Vol. 25, pp. 244-252.
19. *The relation between multiple pains and mental health disorders: Results from the world mental health surveys.* **Gureje, O.** 2008, *Pain*, Vol. 135, pp. 82-91.
20. *Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys.* **Demyttenaere, K.** 2007, *Pain*, Vol. 129, pp. 332-342.
21. *Comorbid painful physical symptoms and anxiety: Prevalence, work loss and help-seeking.* **Demyttenaere, K.** 2008, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 109, pp. 264-272.
22. *Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders.* **Teh, CF.** 2009, *Depression and Anxiety*, Vol. 26, pp. 222-228.
23. *An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder.* **Otis, JD.** 2003, *Journal of Rehabilitation Research and Development*, Vol. 40, pp. 397-406.
24. *Mood and anxiety disorders in chronic headache.* **Baskin, SM.** Stamford, 2006, *Headache*, Vol. 46, pp. S76-S87.
25. *Relationship between clinical pain complaints and pain sensitivity in patients with depression and panic disorder.* **Lautenbacher, S.** 1999, *Psychosomatic Medicine*, Vol. 61, pp. 822-827.
26. *Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: findings of the 2007 national survey of mental health and wellbeing.* **Teesson, M.** Sydney, 2011, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 45, pp. 939-946.
27. *Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension-type headache.* **Penacoba-Puente, C.** Madrid, 2008, *European Journal of Pain*, Vol. 12, pp. 886-894.
28. *How does subjective experience of pain relate to psychopathology among psychiatric patients?* **Pompili, M.** Rome, 2012, *General Hospital Psychiatry*, Vol. 34, pp. 534-540.

29. *Pain symptomatology and pain medication use in civilian PTSD.* **Phifer, J.** Atlanta, 2011, *Pain*, Vol. 152, pp. 2233-2240.
30. *Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain.* **Gormsen, L.** 2010, *European Journal of Pain*, Vol. 14, pp. 127e1-127e8.
31. *Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders.* **Gerrits, MMJG.** Amsterdam, 2012, *Pain*, Vol. 153, pp. 429-436.
32. *Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain.* **Knaster, P.** Helsinki, 2012, *General Hospital Psychiatry*, Vol. 34, pp. 46-52.
33. *Pain in nursing home residents and correlation with neuropsychiatric disorders.* **Walid, MS.** 2009, *Pain Physician*, Vol. 12, pp. 877-880.
34. *Pain insensitivity in schizophrenia: A neglected phenomenon and some implications.* **Dworkin, RH.** 1994, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 20, pp. 235-248.
35. *Coping strategies and beliefs about pain in veterans with comorbid chronic pain and significant levels of posttraumatic stress disorder symptoms.* **Anschuler, KN.** 2012, *European Journal of Pain*, Vol. 6, pp. 312-319.
36. *De posttraumatische stressstoornis.* **Olf, M.** 32, Amsterdam : sn, 2013, *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde*, Vol. 157.
37. *The prevalence and type of axis-I and axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: results from a population based study.* **Gerhardt, A.** 2011, *Pain Medicine*, Vol. 12, pp. 1231-1240.
38. *The association of depression and painful physical symptoms - a review of the European literature.* **Garcia-Cebrian, A.** 2006, *European Psychiatry*, Vol. 21, pp. 379-388.
39. *Comorbid painful physical symptoms and depression: Prevalence, work loss and help seeking.* **Demyttenaere, K.** 2006, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 92, pp. 185-193.
40. *Depression symptoms and chronic pain in the community population in Beijing, China.* **Chen, X.** Beijing : sn, 2012, *Psychiatry Research*, Vol. 200, pp. 313-317.
41. *Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients.* **Reme, SE.** 2011, *European Journal of Pain*, Vol. 15, pp. 1075-1080.
42. *Psychiatric morbidities, sleep disturbances, suicidality, and quality of life in a community population with medically unexplained pain in Korea.* **Park, S.** Seoul, 2012, *Psychiatry Research*, Vol. 198, pp. 509-515.
43. *Presence and predictors of pain in depression: Results from the FINDER study.* **Demyttenaere, K.** 2012, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 125, pp. 53-60.
44. *Depression, chronic pain and suicide by overdose: on the edge.* **Cheatle, MD.** Philadelphia 2011, *Pain Medicine*, Vol. 12, pp. S43-S48.
45. *The course of chronic pain with and without psychiatric disorders: a 6 year follow-up study from childhood to adolescence and young adulthood.* **Knook, LME.** 2012, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 73, pp. e134-e139.
46. *Exploration of the relationship between disability perception, preference for death over disability, and suicidality in patients with acute and chronic pain.* **Fishbain, DA.** 2012, *Pain Medicine*, Vol. 13, pp. 552-561.
47. *Enhanced depression care improved arthritis pain and function in older patients.* **Lin, EH.** 2003, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 141.
48. *Comparative effectiveness of second-generation antidepressants for accompanying anxiety, insomnia and pain in depressed patients: a systematic review.* **Thaler, KJ.** 2012, *Depression and Anxiety*, Vol. 29, pp. 495-505.

49. *Pain perception in patients with eating disorders.* **Lautenbacher, S.** 1990, Psychosomatic Medicine, Vol. 52, pp. 673-682.
50. *Alone but feeling no pain: effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy.* **DeWall, CN.** 2006, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 91, pp. 1-15.
51. *Self-injurious behaviour in intellectual disability syndromes: evidence for aberrant pain signalling as a contributing factor.* **Peebles, KA.** 2011, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 56, pp. 441-452.
52. *Headaches secondary to psychiatric disorders: a retrospective study of 87 patients.* **Radat, F.** Bordeaux, 2011, Headache, Vol. 51, pp. 789-795.
53. *When patients do not hurt: silent acute abdomen in a patient.* **Retamero, C.** 2012, General Hospital Psychiatry, pp. 210.e9–210.e11.
54. *Pain perception in schizophrenia: evidence of a specific pain response profile.* **Levesque, M.** 2012, Pain Medicine, Vol. 13, pp. 1571-1579.
55. *Relation between pain and self-injurious behavior in nonverbal children with severe cognitive impairments.* **Breau, LM.** 2003, The Journal of Pediatrics, pp. 498-503.
56. *Tactile perception in adults with autism: a multidimensional psychophysical study.* **Cascio, C.** 2008, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 38, pp. 127-137.
57. *Expression of pain in children with autism.* **Nader, RMA.** 2004, The Clinical Journal of Pain, Vol. 20, pp. 88-97.
58. *Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome.* **Hennequin, M.** 2000, The Lancet, Vol. 356, pp. 1882-1887.
59. *Caregivers' beliefs regarding pain in children with cognitive impairment: relation between pain sensation and reaction increases with severity of impairment.* **Breau, LM.** 2003, The Clinical Journal of Pain, Vol. 19, pp. 335-344.
60. *Persistent antinociception through repeated self-injury in patients with borderline personality disorder.* **Magerl, W.** 2012, Pain, Vol. 153, pp. 575-584.
61. *Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in borderline personality disorder.* **Niedtfeld, I.** e33293, Heidelberg : Plos ONE, 2012, Vol. 7.
62. *Mental health disorders and long-term opioid use among adolescents and young adults with chronic pain.* **Richardson, LP.** Seattle 2012, Journal of Adolescent Health, Vol. 50, pp. 553-558.

Hoofdstuk 2: Veldonderzoek in psychiatrische centra en huisartsenpraktijken

Inleiding

In de bovenstaande literatuurstudie werd de opmerkelijke comorbiditeit tussen psychiatrische aandoeningen en chronische pijnproblemen onder de loep gelegd. De conclusie luidde dat er meer onderzoek nodig is naar de pijnbeleving bij personen met een psychiatrische aandoening. Om onderzoek te kunnen voeren rond deze pijnbeleving, is er vooreerst nood aan epidemiologische gegevens. Zoals vermeld in hoofdstuk 1 van deze masterproef zijn deze gegevens uit de Belgische bevolking in de literatuur echter schaars. Hoofdstuk 2 van dit MANAMA project is een pilootstudie met betrekking tot de comorbiditeit van psychiatrische aandoeningen en pijnproblemen en het gebruik van pijnmedicatie. Dit veldonderzoek werd opgezet met het doel een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de prevalentie van chronische pijnproblemen bij patiënten met een chronische psychiatrische aandoening in Vlaanderen?
- Wat is het medicatiegebruik – meer bepaald het gebruik van analgetica en psychofarmaca - bij patiënten met een chronische psychiatrische aandoening in Vlaanderen?

Materialen en methoden

RECRUTERING

Er werden in 2 psychiatrische centra gegevens verzameld van 40 opgenomen patiënten. De psychiatrische centra die meewerkten aan deze studie waren het Psychiatrisch Centrum Bethanië uit Zoersel en het Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus uit Bierbeek. Er werden tevens gegevens verzameld van ambulante patiënten uit 2 huisartsenpraktijken, namelijk de huisartsenpraktijken Ama Vitam te Herentals en praktijk Haverveld te Lint. De nodige gegevens werden retrospectief verzameld vanuit de elektronische medische dossiers.

INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

Inclusiecriteria

De inclusiecriteria waren de volgende. Zowel mannen als vrouwen met een leeftijd van 18 tot en met 65 jaar werden geïncludeerd.

De residentiële patiënten waren opgenomen in een psychiatrisch centrum in de periode van 1 oktober 2012 tot en met 31 december 2013. Om een onderscheid te kunnen maken tussen acute en chronische psychiatrie betrof de minimale opnameduur 3 maanden.

Voor de ambulante patiënten uit de huisartsenpraktijken gold dat zij op raadpleging waren gekomen tijdens de onderzoeksperiode in juli 2013.

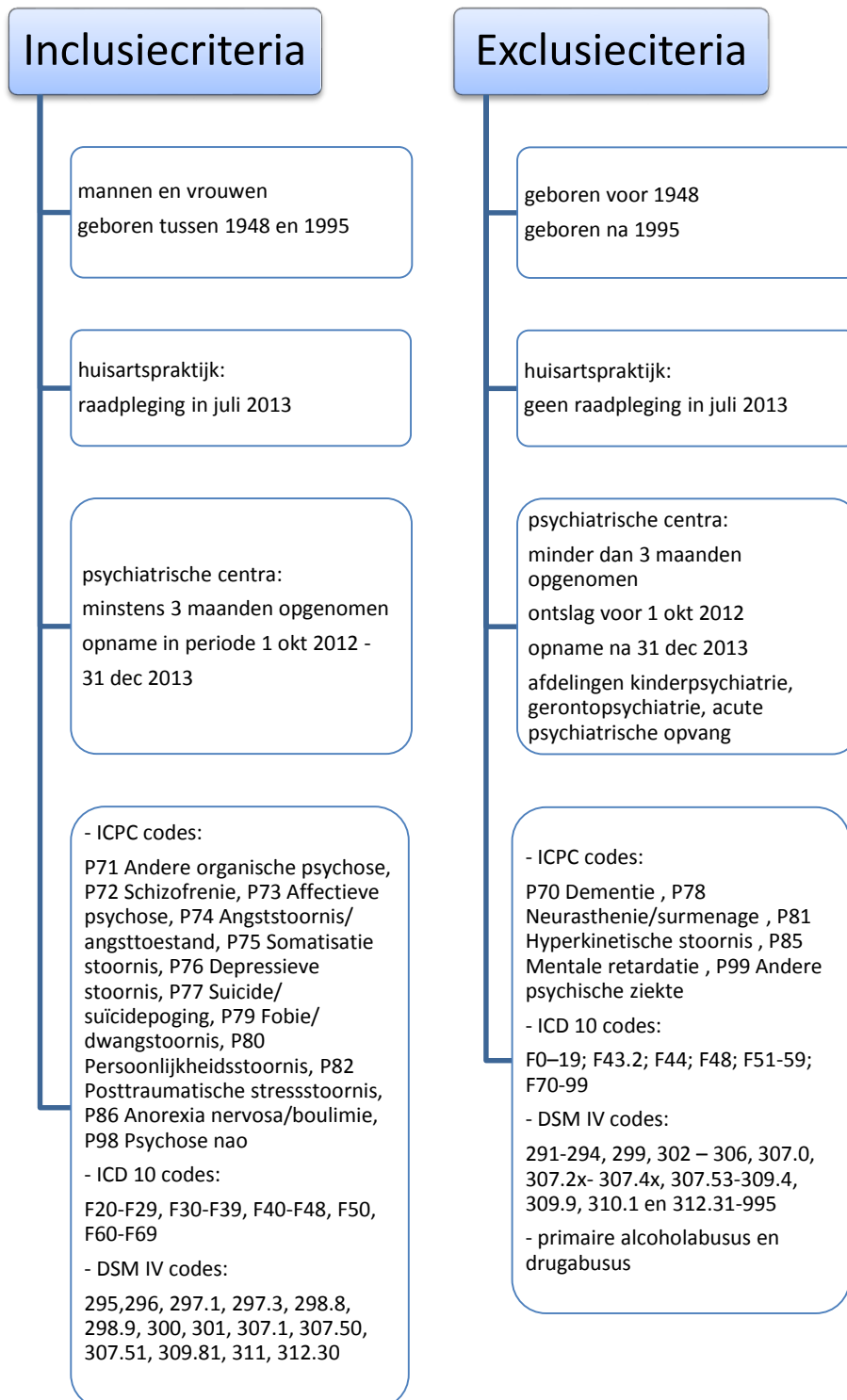
Zowel de opgenomen als de ambulante patiënten leden aan een of meer van de volgende psychiatrische aandoeningen: andere organische psychose, schizofrenie, affectieve psychose, angststoornis/angsttoestand, somatisatiestoornis, depressieve stoornis, suïcide/suïcidepoging, fobie, dwangstoornis, persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische stressstoornis, anorexia nervosa/boulimie en psychose nao. Deze gegevens werden bekomen door dossier review. De overeenkomstige ICPC 2 codes waren respectievelijk P71, P72, P73, P74, P75, P76, P77, P79, P80, P82, P86 en P98. De geïnccludeerde ICD-10 codes waren F20 tot en met F29, F30 tot en met F39, F40 tot en met F48, F50 en F60 tot en met F69. Deze codes kwamen overeen met de volgende DSM IV codes: 295, 296, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9, 300, 301, 307.1, 307.50, 307.51, 309.81, 311 en 312.30.

Exclusiecriteria

1. Patiënten jonger dan 18 of ouder dan 65 jaar en opnames in de kinderpsychiatrie en de gerontopsychiatrie werden uitgesloten uit het onderzoek aangezien kinderpsychiatrie en gerontopsychiatrie afzonderlijke specialisaties betreffen met een specifieke aanpak, eigenaardigheden en comorbiditeiten die losstaan van de psychiatrie.
2. Opnames van minder dan 3 maanden en de afdelingen acute psychiatrisch opvang werden eveneens geëxcludeerd omdat het onderzoek zich focuste op chronische psychiatrie. Patiënten die ontslagen werden voor 1 oktober 2012 of opgenomen werden na 31 december 2013, werden omwille van de tijdsbeperking van dit onderzoek niet in deze studie opgenomen.
3. Patiënten met een of meer van de volgende psychiatrische aandoeningen werden uitgesloten uit deze studie. De geëxcludeerde ICPC 2 codes, ICD-10 codes en DSM IV codes waren respectievelijk: P70 dementie, P78 neurasthenie/surmenage, P81 hyperkinetische stoornis, P85 mentale retardatie, P99 andere psychische ziekte; ICD 10 codes F0 tot en met F19, F43.2, F44, F48, F51 tot en met F59 en F70 tot en met F99; DSM IV codes 291 tot en met 294, 299, 302 tot en met 306, 307.0, 307.2 tot en met 307.4, 307.53 tot en met 309.4, 309.9, 310.1 en 312.31 tot en met 995.

Dementie werd uitgesloten aangezien deze aandoening deel uitmaakt van de gerontopsychiatrie en omwille van de bemoeilijkte pijnanamnese. Personen met mentale retardatie werden geëxcludeerd omwille van het grote aantal voor onze studie irrelevante congenitale somatische afwijkingen. Verder werden neurasthenie en surmenage niet geïnccludeerd aangezien het onderzoek zich toespitste op chronische majeure psychiatrische aandoeningen. De hyperkinetische stoornissen waren volgens de voorgaande literatuurstudie en uit de ervaring van de onderzoeksgroep niet relevant voor de studie en werden bijgevolg niet opgenomen. De term 'andere psychische ziekte' werd door onze onderzoeksgroep te vaak bevonden voor het onderzoek. Ten slotte werden alcohol- en drugabusus als primaire

psychiatrische aandoening uitgesloten omwille van de specifieke symptomatologie bij ontwenning en craving.



Figuur 1. Inclusie en exclusiecriteria

GEGEVENSVERZAMELING

De volgende patiëntengegevens werden verzameld: geslacht, geboortedatum, ambulante behandeling of opname in psychiatrisch centrum, datum en duur van de eventuele opname, medische voorgeschiedenis in de vorm van een probleemlijst, huidige psychiatrische diagnose volgens ICPC 2, ICD 10 of DSM IV codering en de medicatiefiche.

De bovenstaande gegevens werden door de verantwoordelijke huisartsen die gebonden waren aan de psychiatrische centra gecodeerd en geanonimiseerd doorgegeven aan de onderzoeker na manuele dossier review.

In het psychiatrisch centrum Sint-Kamillus te Bierbeek werd er via het elektronisch dossier een gerandomiseerde steekproef van 20 patiënten opgemaakt uit de groep van de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria. In het Psychiatrisch Centrum Bethanië te Zoersel gebeurde deze randomisatie van de papieren dossiers door de huisarts en de medewerkers in deze instelling. In huisartsenpraktijk Ama Vitam te Herentals gebeurde de search door handmatig het dossier te doorzoeken in het EMD van Windoc van al de patiënten die in juli 2013 op raadpleging waren gekomen. In huisartsenpraktijk Haverveld te Lint liep de search in het EMD automatisch onder leiding van de promotor en uitgevoerd door twee huisarts-stagiairs als onderdeel van hun stage-opdracht.

GEGEVENSVERWERKING

De volgende stap bestond uit de indeling van de patiënten volgens de psychiatrische diagnoses. Voor elke patiënt werd het voorkomen van de volgende chronische pijnproblemen volgens ICPC 2 codering nagegaan in de medische voorgeschiedenis: pijn ten gevolge van maligne processen, A01 Pijn meerdere plaatsen, D01 Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen, D02 Maagpijn, D06 Andere gelokaliseerde buikpijn, A11 Pijn op de borst na, 01 Pijn toegeschreven aan het hart, P03 pijn cardiovasculair stelsel na, L18 spierpijn, L83 neksyndroom, L84 rugsyndroom zonder uitstralende pijn, L86 rugsyndroom met uitstralende pijn, L90 gonartrose, L91 andere perifere artrose, N01 hoofdpijn, N02 aangezichtspijn, N89 migraine, N90 clusterhoofdpijn, N92 trigeminusneuralgie, N95 spanningshoofdpijn, N93 carpale tunnelsyndroom, N94 perifere neuritis/neuropathie, R01 pijn toegeschreven aan de luchtwegen en S01 pijn/gevoeligheid huid. Pijnproblemen ten gevolge van bewezen anatomische afwijkingen of organische dysfuncties werden uitgesloten. Acute pijnproblemen ten gevolge van infectieuze processen of traumata werden niet opgespoord.

De geneesmiddelen uit de medicatiefiche werden in 3 categorieën onderverdeeld volgens de ATC klassen. De eerste groep bestond uit de psychofarmaca, waaronder de antidepressiva (ATC klasse N06A), antipsychotica (ATC klasse N05A) en benzodiazepines (ATC klassen N05BA, N05CD en N05CF). De tweede groep bevatte de analgetica waaronder paracetamol (ATC klasse N02BE01), niet-steroidale antiflogistica (ATC klasse M01A), acetylsalicylzuur (ATC klasse N02BA) en de zwakke en sterke opioïden (ATC klasse N02A). De overige medicatie werd geplaatst in de derde groep. Er werd in deze categorie met bijzondere interesse gekeken naar de protonpompinhibitoren (ATC klasse

A02BC) en de anticholinergica (ATC klasse N04AA) biperideen, trihexyfenidyl en procyclidine die gebruikt worden om extrapiramidale neveneffecten van de psychofarmaca tegen te gaan.

INFORMED CONSENT

Het informed consent in verband met de veldstudie van dit MANAMA project is terug te vinden in bijlage 1.

GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

Het protocol van dit MANAMA project werd goedgekeurd door de Commissie Medische ethiek van de UZ KU Leuven in april 2013, door de ethische commissie van het psychiatrisch centrum Sint-Kamillus te Bierbeek en door de ethische comité van Emmaus vzw in november 2013. (zie bijlagen 2 en 3)

Resultaten

PATIENTENKARAKTERISTIEKEN

In totaal werden gegevens verzameld van 370 patiënten waaronder 141 mannen en 229 vrouwen. 40 patiënten waren opgenomen in een psychiatrische instelling en de overige 330 waren ambulante patiënten vanuit de huisartsenpraktijken. Onder de opgenomen patiënten waren 26 mannen en 14 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de gehele onderzoekspopulatie betrof 45 jaar in het jaar 2013.

AANTAL PATIENTEN PER PSYCHIATRISCHE AANDOENING

Van de 370 geïnccludeerde patiënten leden 219 patiënten aan een majeure depressie (59%). 144 van hen waren vrouwen en 75 waren mannen. Deze aandoening was veruit de meest voorkomende psychiatrische aandoening onder de ambulante patiënten uit de huisartsenpraktijken. (zie tabel 1)

Angststoornissen kwamen voor bij 30 mannen en 65 vrouwen. Bij 20 van deze patiënten was er sprake van een paniekstoornis. Hypochondrie en fobieën kwamen allebei voor bij 6 patiënten. In 29 % was er sprake van een comorbide depressie.

Posttraumatische stresssyndromen en somatisatiestoornissen waren beperkt vertegenwoordigd in de onderzoeksgroep met respectievelijk 8 en 7 patiënten. Bij PTSD waren 7 van de 8 patiënten vrouwelijk. Comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen was in de groep van PTSD eerder regel dan uitzondering. 4 van hen kenden tijdens hun leven een periode van majeure depressie, 2 hadden een comorbide angststoornis en 2 vertoonden tevens een persoonlijkheidsstoornis.

Bij 44 personen uit de onderzoeksgroep was een gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis terug te vinden in het dossier. 10 patiënten leden aan obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en 16 patiënten aan borderline persoonlijkheidsstoornis. Andere persoonlijkheidsstoornissen waren de antisociale (2 patiënten), de afhankelijke (4 patiënten), de ontwijkende (2 patiënten) en de schizotypische (1 patiënt) persoonlijkheidsstoornis. In de studiepopulatie waren er geen personen met een gediagnosticeerde paranoïde, schizoïde, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wat betreft comorbiditeit valt het grote aantal personen met alcohol en drugabusus op, namelijk 30%.

De eetstoornissen vormden een kleine groep binnen onze steekproef. De groep telde 17 personen, allen vrouwen. De comorbiditeit met depressie was groot met een aandeel van 29%.

In de groep van de opgenomen patiënten was schizofrenie met 23 patiënten in een totaal van 28 sterk vertegenwoordigd. 22 personen met schizofrenie waren mannen. De meest voorkomende comorbide psychiatrische aandoening was alcohol- en drugabusus in 18% van de gevallen.

Patiënten met andere, niet aan schizofrenie gebonden psychosen, maakten met 21 personen een klein deel uit van de onderzoeksgroep. 13 van hen waren van het mannelijke geslacht en 8 van het vrouwelijke. Eén vrouw vertoonde een postpartum psychose.

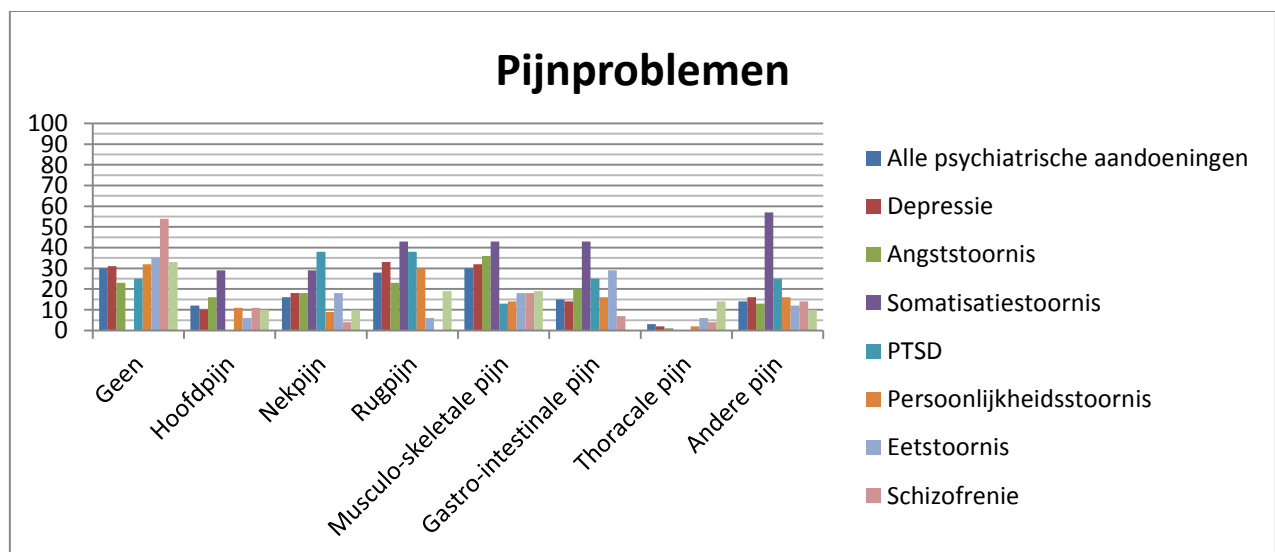
COMORBIDE CHRONISCHE PIJNPROBLEMEN

Onder de 370 geïncludeerde patiënten leden 260, ofwel 70%, aan één of meerdere chronische pijnproblemen. Bij de personen met een depressie vertoonden 69% een chronisch pijnprobleem, bij de angststoornissen 77%, bij PTSD 75% en bij de persoonlijkheidsstoornissen 68%. Personen met schizofrenie vertoonden in 46% van de gevallen een pijnprobleem. Iedere patiënt met een somatisatiestoornis leed aan minstens één chronisch pijnprobleem. (zie figuur 2 en tabel 2)

Musculoskeletale pijnproblemen, waaronder voornamelijk tendinopathieën, en lage rugpijnen waren met respectievelijk 30% en 28% van de patiënten de meest voorkomende chronische pijnproblemen. Daarna volgden nekpijn, gastro-intestinale pijn en hoofdpijn met respectievelijk 16%, 15% en 12%. De thoracale pijnen en de categorie andere pijn (pijn ten gevolge van maligne processen, ICPC codes A01 Pijn meerdere plaatsen, N93 carpale tunnelsyndroom, N94 perifere neuritis/neuropathie, S01 pijn/gevoeligheid huid) waren samen goed voor 17% van de chronische pijnproblemen.

Eén patiënt op drie met een depressieve stoornis leed aan chronische lage rugpijn. Hoofdpijnen, gastro-intestinale pijnen en musculoskeletale pijnen waren bij de patiënten met een angststoornis zeer prevalent, met respectievelijke percentages van 16%, 20% en 36%. Gastro-intestinale pijnproblemen waren met 29% oververtegenwoordigd bij patiënten met een eetstoornis. De meest voorkomende pijnklachten bij de patiënten met schizofrenie waren hoofdpijnklachten in 11% van de gevallen en de musculoskeletale klachten met 18%. Geen enkele patiënt met schizofrenie vertoonde lage rugpijn.

Tijdens de gegevensverzameling werd er bij 2 patiënten met schizofrenie een pijnloze geruptureerde appendicitis en een pijnloze pyelonefritis in het dossier teruggevonden.



Figuur 2. Comorbide pijnproblemen

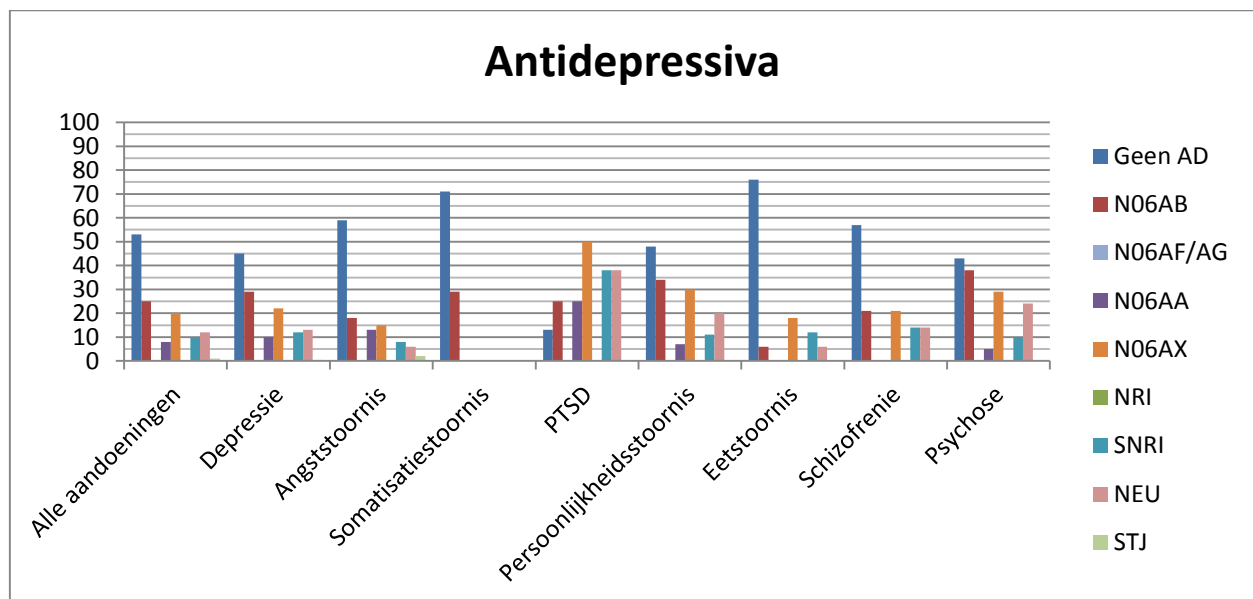
MEDICATIEGEBRUIK

Antidepressiva

In de onderzoekspopulatie namen 174 patiënten (47%) antidepressiva. (zie figuur 3 en tabel 4)

Bij de personen met een depressie namen 55% een antidepressivum in de periode van het onderzoek. Personen met een angststoornis namen in 41% van de gevallen een antidepressivum. Bij de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis steeg dit cijfer naar 52%. Bij schizofrenie en psychosen namen respectievelijk 43% en 57% een antidepressivum. Slechts één van de 8 patiënten met PTSD nam geen van deze geneesmiddelen.

De selectieve serotonine heropname remmers (SSRI, ATC klasse N06AB) waren met een gebruik bij 25% van de onderzoekspopulatie de meest populaire klasse. Alleen bij de posttraumatische stresssyndromen waren de SSRI's niet de meest gebruikte klasse. De antidepressiva werkend op neuroreceptoren en de serotonine en noradrenaline heropname remmers volgden in de onderzoeksgroep op de tweede en de derde plaats met een gebruik bij respectievelijk 12% en 10%. Bij geen enkele patiënt werden MAO-inhibitoren (ATC klasse N06AF/AG) of selectieve norepinephrine heropname remmers voorgeschreven. Ook het gebruik van de niet-selectieve monoamine heropname remmers of tricyclische antidepressiva (ATC klasse N06AA) en hypericum perforatum was laag (respectievelijk 8% en 1%).



Figuur 3. Antidepressiva

Legende:

N06AB : selectieve serotonine heropname remmers (SSRI)

N06AF/AG : selectieve en niet-monoamineoxidase inhibitoren (MAO-i)

N06AA : niet-selectieve monoamine heropname remmers (TCA: tricyclische antidepressiva)

N06AX : overige antidepressiva (NRI + SNRI + NEU + STJ)

NRI: selectieve norepinephrine heropname remmers

SNRI: serotonine en norepinephrine heropname remmers

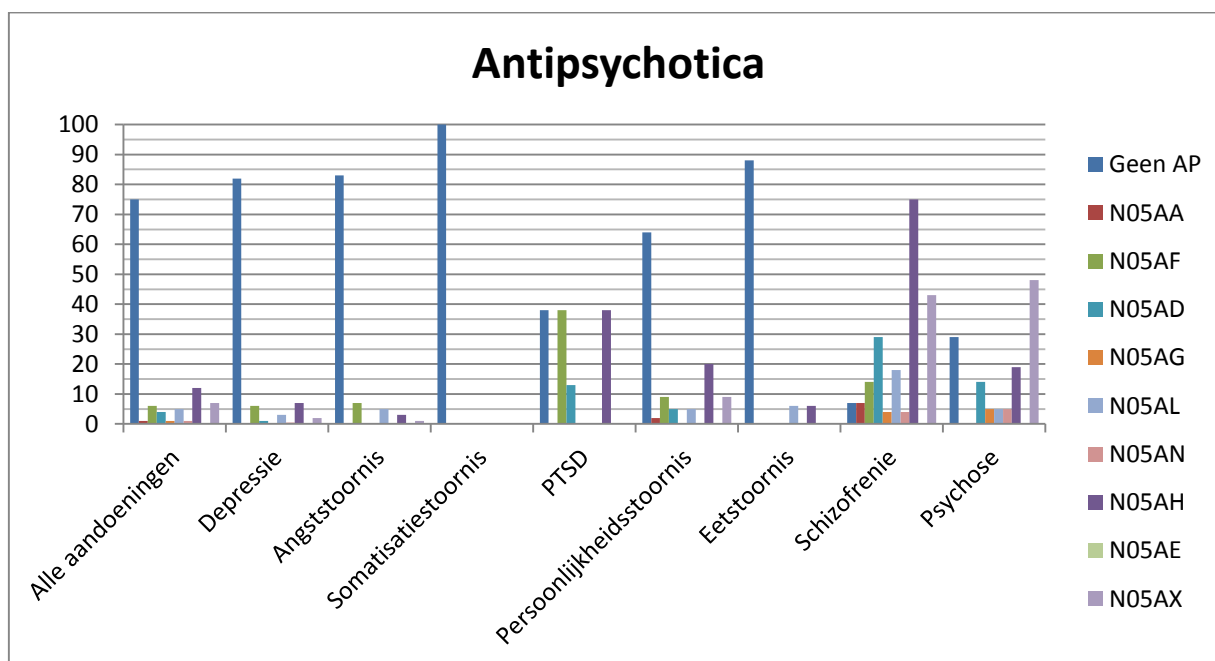
NEU: antidepressiva inwerkend op neuroreceptoren

STJ: Sint-Janskruid = hypericum perforatum

Antipsychotica

Antipsychotica werden door 93 van de 370 patiënten (25%) gebruikt, en door 93% van de patiënten met schizofrenie. Ook personen met andere psychosen, persoonlijkheidsstoornissen en PTSD lagen met 71%, 36% en 63% boven het gemiddelde. Geen enkele patiënt met een somatisatiestoornis kreeg een antipsychoticum voorgeschreven. (zie figuur 4 en tabel 5)

Ongeveer twee derde van de gebruikte antipsychotica kwamen uit de klasse van de atypische antipsychotica die in de onderstaande tabel weergegeven worden onder de klassen diazepines, oxazepines en thiazepines (ATC klasse N05AH), indoolderivaten (ATC klasse N05AE) en overige antipsychotica (ATC klasse N05AX). Alleen bij de angststoornissen vormden deze geneesmiddelen niet de populairste klasse, maar wel de thioxanthenen (ATC klasse N05AF). Geen enkele patiënt gebruikte een indoolderivaat. De fenothiazines (ATC klasse N05AA) en de difenylpiperidinen (ATC klasse N05AG) waren ondervertegenwoordigd met een gebruik bij respectievelijk 3 en 2 patiënten uit de gehele onderzoeksgroep. Lithiumzouten (ATC klasse N05AN) werden gebruikt door slechts 2 patiënten, namelijk een persoon met bipolaire stoornis en een persoon met schizofrenie.



Figuur 4. Antipsychotica

Legende:

N05AA : fenothiazinen

N05AF : thioxanthenen

N05AD : butyrofenonen

N05AG : difenylpiperidinen

N05AL : benzamides

N05AN : lithiumzouten

N05AH : diazepines, oxazepines en thiazepines

N05AE : indoolderivaten

N05AX : overige antipsychotica

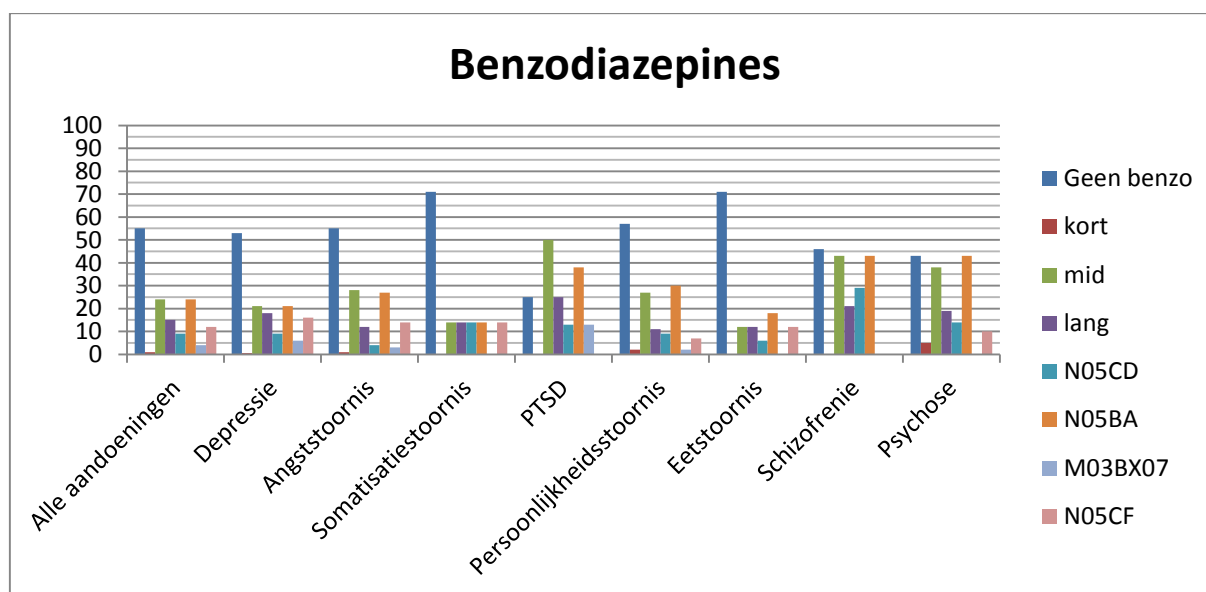
Benzodiazepines en Z-medicatie

165 patiënten (45%) gebruikten één of meerdere benzodiazepines of Z-medicatie. Het gebruik bij de angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen lag kort bij dit percentage. De psychotische stoornissen, schizofrenie, de depressieve en de posttraumatische stressstoornissen scoorden met respectievelijk 57%, 54%, 53% en 75% hoger dan het gemiddelde. (zie figuur 5 en tabel 6)

De middellangwerkende en de anxiolytische benzodiazepines (ATC klasse N05BA) werden het meest voorgeschreven, namelijk beiden in 24% van de totale onderzoekspopulatie. 43% van de personen met schizofrenie of een andere psychotische stoornis gebruikten anxiolytica.

De langwerkende benzodiazepines en de hypnotica (ATC klasse N05CD) werden gebruikt bij 15% en 9% van de patiënten. Het gebruik van hypnotica was het grootst bij patiënten met schizofrenie. (29%)

Het kortwerkende benzodiazepine triazolam werd slechts door 3 patiënten gebruikt. Het gebruik van de Z-medicatie zolpidem en zopiclon (ATC klasse N05CF) verschilde weinig tussen de verschillende psychiatrische aandoeningen, met een totaal gebruik bij 12% van de onderzoeksgroep.



Figuur 5. Benzodiazepines en Z-medicatie

Legende:

Kort: kortwerkende benzodiazepines

Mid: middellangwerkende benzodiazepines

Lang: langwerkende benzodiazepines

N05CD : hypnotische benzodiazepines

N05BA : anxiolytische benzodiazepines

M03BX07 : spierrelaxerende benzodiazepines

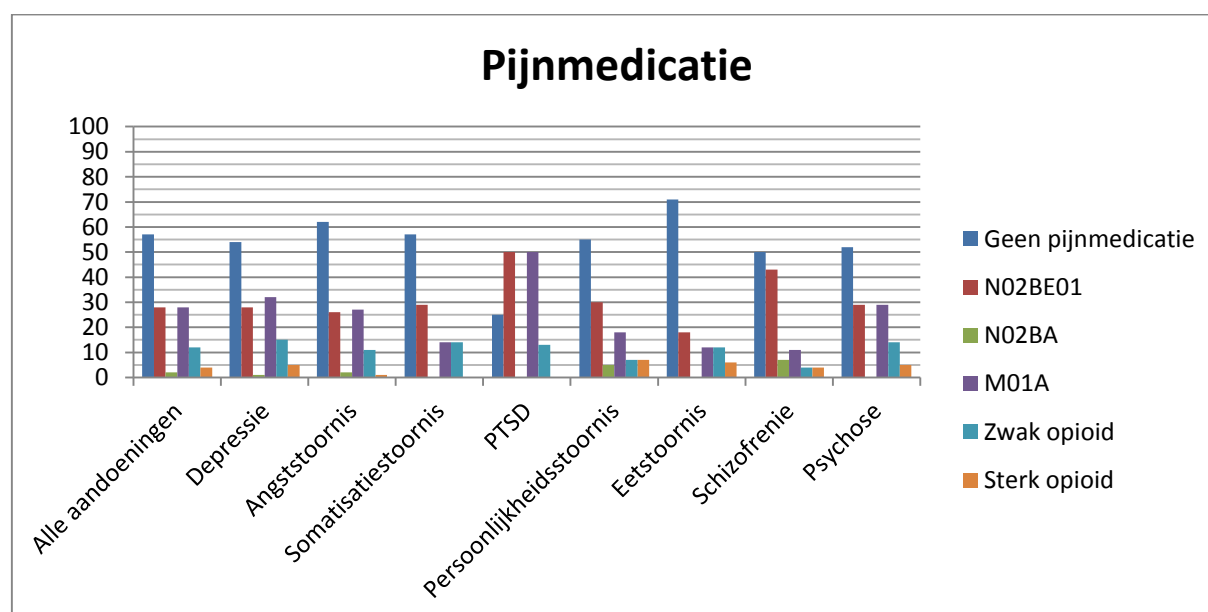
N05CF : Z-medicatie

Analgetica

In deze onderzoeksgroep werden analgetica voorgeschreven bij 43% van de patiënten, met het hoogste gemiddelde gebruik door patiënten met een posttraumatisch stresssyndroom, en het laagste gemiddelde gebruik bij de eetstoornissen. (zie figuur 6 en tabel 3)

Paracetamol (ATC klasse N02BE01) en de niet-steroidale anti-inflammatoire medicatie (NSAID, ATC klasse M01A) werden het meest gebruikt, namelijk beiden in 28% van de patiënten. De zwakke opioïden werden voorgeschreven bij 46 patiënten (12%) en de sterke opioïden bij 14 patiënten (4%). Acetylsalicylzuur (ATC klasse N02BA) als analgeticum werd slechts door 7 patiënten gebruikt (2%).

Buiten het lager dan gemiddeld gebruik van NSAID's bij schizofrenie (11%), waren de onderliggende verhoudingen tussen de klassen van analgetica vrij stabiel over de verschillende psychiatrische aandoeningen.



Figuur 6. Pijnmedicatie

Legende:

N02BE01 : paracetamol

N02BA : acetylsalicylzuur

M01A : niet-steroidale anti-inflammatoire medicatie

Zwak opioïd

Sterk opioïd

Andere medicatie

Onder de categorie 'andere medicatie' werd er vooral gekeken naar de protonpompinhibitoren (PPI) (ATC klasse A02BC) en de anticholinergica biperideen, trihexyfenidyl en procyclidine (ATC klasse N04AA) die gebruikt worden om de extrapiramidale neveneffecten van psychofarmaca tegen te gaan.

Protonpompinhibitoren werden voorgeschreven bij 75 patiënten (20%), met het grootste gebruik bij de somatisatiestoornissen (29%) en schizofrenie (29%). (zie tabel 3)

De bovenstaande anticholinergica werden gebruikt door 16 patiënten, waarvan 14 personen met schizofrenie. Dit betekent dat de helft van de patiënten met schizofrenie deze medicatie neemt. Er was geen duidelijk verband met een bepaalde klasse van antipsychoticum. 8 personen die deze anticholinergica gebruikten, namen een combinatie van atypische antipsychotica met andere antipsychotica, 6 patiënten kregen enkel atypische antipsychotica voorgeschreven en 2 namen alleen andere antipsychotica dan de atypische.

Discussie

De gegevens uit deze Vlaamse studie komen voor een groot deel overeen met de gegevens uit de internationale literatuur. Zo merkt men een zeer grote comorbiditeit op tussen depressie, angststoornissen, posttraumatische stresssyndromen en chronische pijnproblemen. Pijnklachten van de lage rug en het bewegingsstelsel staan in dit onderzoek op de voorgrond. Bijvoorbeeld ongeveer één persoon op drie met een depressie lijdt volgens deze studie op een bepaald moment aan chronische lage rugpijnen. Bijgevolg kan men chronische pijnproblemen als een basissymptoom beschouwen bij de hierboven vernoemde psychiatrische diagnoses. Het is van groot belang bij deze patiënten actief te peilen naar pijnproblemen en deze pijnproblemen te behandelen.

Andere resultaten uit deze studie stroken niet helemaal met de gegevens uit de literatuurstudie uit hoofdstuk 1. Bij eetstoornissen bestaat er volgens onze studie een opmerkelijke comorbiditeit met gastro-intestinale pijnklachten. Dit werd in de bovenstaande literatuurstudie eerder ontkend.

Bij schizofrenie komen onze resultaten deels overeen met de resultaten vanuit hoofdstuk 1. Chronische pijnproblemen zijn volgens deze studie meer prevalent bij schizofrene patiënten dan in de literatuur voorspeld werd. Hoofdpijnklachten kwamen in onze studie bij deze patiënten vaak voor. Dit strookt met de gegevens vanuit de literatuur. Verder vonden we bij twee patiënten met een schizofrene stoornis ernstige acute pathologieën terug, namelijk een pyelonefritis en een geruptureerde appendicitis, waarbij de patiënten geen spontane pijn uitdrukten. Deze bevindingen passen perfect tussen de casussen waarbij patiënten met schizofrenie geen pijn uitten bij normaal gesproken erg pijnlijke acute pijnproblemen.

In deze veldstudie werd voor bijna de helft (43%) van de patiënten op regelmatige basis pijnmedicatie voorgeschreven. Toch bestond er volgens deze studie bij 70% van de patiënten een chronisch pijnprobleem. Hieruit besluiten dat 27% van de patiënten onderbehandeld wordt, zou niet

volledig correct zijn. Het eigenlijke gebruik van de analgetica ligt immers mogelijk nog hoger, aangezien er geen rekening kon worden gehouden met over-the-counter geneesmiddelen. De voorgeschreven analgetica behoorden vooral toe tot de klasse van de NSAID's en paracetamol. Opmerkelijk veel patiënten kregen NSAID's gedurende meerdere weken of maanden voorgeschreven, ondanks de toch evidente ongunstige bijwerkingen op lange termijn. Het gebruik van zwakke opioïden lag met meer dan 10% nog vrij hoog. Sterke opioïden werden slechts in beperkte mate voorgeschreven.

Wanneer men het gebruik van de antidepressiva bekijkt, merkt men op dat er in deze studie geen enkele patiënt een MAO-inhibitor of Reboxetine gebruikte. Dit zijn gunstige resultaten, aangezien bij deze geneesmiddelen de risicobatenanalyse eerder negatief uitvalt. Bij depressie werden er duidelijk meer SSRI's gebruikt dan de niet-selectieve monoamine heropname remmers of TCA's, hoewel er volgens het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie geen duidelijk verschil bestaat in de werkzaamheid van beide klassen antidepressiva. Mogelijk waren de verwachte neveneffecten doorslaggevend in de keuze tussen beide klassen.

Het gebruik van antipsychotica lag in deze studie logischerwijs zeer hoog bij patiënten met een schizofrene of psychotische aandoening. Er was een opmerkelijke voorkeur voor de atypische antipsychotica. De meest waarschijnlijke verklaring voor deze bevinding bestaat uit het gunstigere bijwerkingenprofiel van deze klasse antipsychotica. Toch merken we op dat een aantal patiënten die uit de verschillende klassen antipsychotica alleen de atypische gebruikten, ook nood hadden aan anticholinergica om de extrapiramidale neveneffecten tegen te werken. Dit wijst erop dat men dit vooronderstelde voordeel van de atypische antipsychotica niet mag overschatten.

Benzodiazepines werden in deze studie bij bijna de helft (45%) van de patiënten op lange termijn voorgeschreven. Dit is een opmerkelijk groot aantal aangezien de risico-batenverhouding van deze geneesmiddelen op lange termijn duidelijk ongunstig is, ook bij personen met een chronische psychiatrische aandoening. Deze studie treedt dus bij in de wetenschap dat het gebruik van benzodiazepines in Vlaanderen te hoog is en dat deze geneesmiddelen vaak te langdurig worden voorgeschreven.

Opvallende resultaten vinden we verder terug bij het gebruik van protonpompinhibitoren. Maar liefst 20% of één patiënt op vijf in dit onderzoek gebruikte een PPI, en bij schizofrenie steeg dit aantal nog tot één op drie patiënten. Mogelijk worden deze geneesmiddelen bij deze patiënten gebruikt om de talrijke gastro-intestinale neveneffecten van polyfarmacie tegen te gaan. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat personen met een psychiatrische aandoening meer vatbaar zijn voor gastro-intestinale comorbiditeiten. Zoals reeds in het voorwoord van dit MANAMA afstudeerwerk aangereikt werd, was dit bij de ervaringsdeskundigen één van de bezorgdheden. Verder onderzoek omtrent gastro-intestinale pathologieën bij personen met een psychiatrische aandoening is bijgevolg ten zeerste vereist.

VERGELIJKING MET INTEGEO

De Intego databank is een databank met epidemiologische gegevens vanuit Vlaamse huisartsenpraktijken met betrekking tot de pathologieën binnen deze setting. Deze gegevens werden bekomen door een continue registratie en codering in huisartsenpraktijken. De Intego-cijfers in tabellen 1 en 2 werden verzameld uit het handboek 'Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen' uit 2010 van de auteurs Stefaan Bartholomeeusen, Carla Truyers en Frank Buntinx. Deze cijfers geven de incidentie weer van alle pathologieën die gecodeerd zijn volgens ICPC 2 codering over de totale Vlaamse bevolking van 2006 tot en met 2008.

Het is niet evident gegevens over incidentie in de totale bevolking te vergelijken met de gegevens bekomen in deze studie. Onze resultaten lenen zich beter aan een vergelijking met prevalentiegegevens. Toch bestaat er een mogelijkheid om trends terug te vinden.

Zo vindt men een relatief laag aantal patiënten met een somatisatiestoornis of een fobie terug in deze studie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze pathologie zeer weinig gecodeerd en als dusdanig geregistreerd werd in de elektronische dossiers van de betrokken huisartsenpraktijken en psychiatrische instellingen. Schizofrenie komt in onze studie vaker voor dan verwacht volgens de gegevens van Intego. De reden daarvoor komt uit de grote groep opgenomen patiënten met schizofrenie in onze studie, die dus eerder binnen de tweedelijns geneeskunde vallen.

Wanneer men kijkt naar de gegevens met betrekking tot de pijnproblemen, dan vindt men in onze studie een groter dan verwacht aandeel van musculoskeletale aandoeningen en lage rugproblemen terug. Chronische nekproblemen komen daarentegen in verhouding minder voor dan voorspeld. De verhoudingen tussen het voorkomen van hoofdpijnklachten, gastro-intestinale klachten en thoracale pijnklachten blijven wel grotendeels constant in de Intego databank en in onze gegevens. Men kan hieruit concluderen dat men bij patiënten met een chronische psychiatrische aandoening extra bedacht moet zijn op het voorkomen van musculoskeletale en lage rugpijnklachten.

STERKTES EN ZWAKTES VAN DEZE STUDIE

Deze studie kent een aantal sterktes. Dit MANAMA project beperkte zich niet tot de verzameling van gegevens binnen één huisartsenpraktijk, maar spreidde zich uit over twee dokterspraktijken en twee psychiatrische instellingen. Door onderzoek te verrichten in meerdere praktijken en instellingen, kon er voor een MANAMA thesis een relatief groot aantal patiënten worden geïnccludeerd. Op deze manier waren de gegevens meer representatief voor de patiënt met een psychiatrische aandoening.

Vervolgens beperkte dit onderzoek zich niet tot een bepaalde psychiatrische aandoening of één specifiek pijnprobleem. Er werd een uitgebreid aantal psychiatrische diagnoses en chronische pijnproblemen geïnccludeerd om een beeld te scheppen van de totale omvang van het probleem rond de comorbiditeit tussen psychiatrische aandoeningen en chronische pijnproblemen. Na het afsluiten van dit MANAMA project zijn er nog diepgaande statistische analyses gepland met de gegevens van deze veldstudie.

Tenslotte is deze masterproef de eerste Vlaamse studie over somatische zorgen bij patiënten met een psychiatrische aandoening door de huisarts waarbij gegevens werden verzameld omtrent pijnproblemen en het gebruik van analgetica. Dit MANAMA project tracht een pilootstudie te vormen om onderzoekers aan te sporen rond dit onderwerp meer uitgebreid onderzoek te verrichten.

Naast deze sterktes kent dit onderzoek tevens een aantal zwaktes. Bij de gegevensverzameling in de verschillende elektronische medische dossiers werd duidelijk dat het bekomen van de correcte gegevens sterk afhankelijk was van het type elektronische dossier en de graad van codering van de medische diagnoses. Er was een gebrek aan uniformiteit van registratie. In sommige dossiers werd niet gecodeerd, waardoor de search handmatig diende te gebeuren. Het al dan niet plaatsen van medicatie onder de categorie chronische medicatie en van diagnoses onder de medische voorgeschiedenis was erg afhankelijk van de behandelende arts. Verder was er in de psychiatrische centra enkel toegang tot het elektronische dossier en niet tot het papieren dossier.

Een volgende zwakte in deze studie is het relatief laag aantal opgenomen patiënten in een psychiatrische instelling. Als extern onderzoeker was het niet altijd makkelijk om onderzoek te verrichten in psychiatrische centra en toegang te verkrijgen tot de dossiers. Daarom werd beslist om het onderzoek met opgenomen patiënten te beperken in aantal patiënten en in aantal psychiatrische instellingen.

Ten slotte kon bij het gebruik van analgetica geen rekening worden gehouden met over-the-counter medicatie aangezien deze niet geregistreerd worden in de elektronische medische dossiers. De kans is bijgevolg reëel dat het gebruik van analgetica in deze studie wordt onderschat. Anderzijds bestaat er geen zekerheid over de compliantie met betrekking tot de voorgeschreven medicatie. In deze studie werden de voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt en niet de medicatie die effectief wordt ingenomen.

Besluit

Dit MANAMA project was de eerste Vlaamse studie over chronische pijnproblemen en medicatiegebruik bij patiënten met een psychiatrische aandoening binnen de huisartsensetting en bij opgenomen patiënten. De comorbiditeit tussen chronische psychiatrische pathologieën en chronische pijnproblemen is aanzienlijk. Vooral musculoskeletale en wervelzuilklachten zijn bij deze patiënten erg prevalent. Deze studie sluit zich met deze conclusies aan bij de internationale literatuur. Het gebruik van pijnmedicatie, protonpompinhibitoren en benzodiazepines ligt bij de Vlaamse patiënt met een chronische psychiatrische aandoening zeer hoog. De oorzaken en de langetermijngevolgen van de hoge comorbiditeit tussen psychiatrische aandoeningen en chronisch pijnproblemen en het gebruik van deze geneesmiddelen verdienen bijkomend wetenschappelijk onderzoek.

Psychiatrische aandoening	Incid % 2006-08 INTEGO(*)	Aantal	M / V	Ambulant/ opname	Comorbide psychiatrische aandoeningen									
					Depr	Angst	Somat	PTSD	Persst	Eetst	Schizo	Psych	Suicid	Abusus
Alle aandoeningen	-	370	141/229	330/40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36 (10%)
Depressie	8,36‰	219	75/144	211/8		28 (13%)	1 (0,5%)	4 (2%)	12 (5%)	5 (2%)	1 (0,5%)	6 (3%)	8 (4%)	14 (6%)
- Majeure	-	208	69/139	201/7	-	26(13%)	1 (0,5%)	4 (2%)	12 (6%)	5 (2%)	1 (0,5%)	4 (2%)	8 (4%)	14 (7%)
- Bipolaire	-	9	6/3	8/1		1 (11%)	0	0	0	0	0	2 (22%)	0	0
- Postpartum	-	2	0/2	2/0		1 (50%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Angststoornis	1,22‰	95	30/65	93/2	28 (29%)		0	2 (2%)	4 (4%)	1 (1%)	0	1 (1%)	0	5 (5%)
- Paniek	-	20	4/16	20/0	8 (40%)		0	2 (10%)	0	0	0	0	0	0
- Hypochondrie	-	6	2/4	6/0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0
- Fobie	0,25‰	6	0/6	6/0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
- Nao	-	63	24/39	61/2	20 (32%)		0	0	4 (6%)	1 (2%)	0	1 (2%)	0	5 (8%)
Somatisatiestoornis	0,79‰	7	4/3	7/0	1 (14%)	0	-	0	0	0	0	0	0	0
PTSD	0,11‰	8	1/7	7/1	4 (50%)	2 (25%)	0	-	2 (25%)	0	0	0	0	0
Persoonlijkheidsstoornis	0,25‰	44	20/24	32/11	12 (27%)	4 (9%)	0	2 (5%)		0	2 (5%)	4 (10%)	2 (5%)	13 (30%)
- Paranoid	-	0	0/0	0/0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
- Schizoid	-	0	0/0	0/0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
- Schizotypisch	-	1	1/0	1/0	0	1 (100%)	0	0		0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
- Theatraal	-	0	0/0	0/0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
- Borderline	-	16	5/11	13/3	2 (13%)	1 (6%)	0	2 (13%)	-	0	1 (6%)	0	1 (6%)	6 (38%)
- Antisociaal	-	2	2/0	0/2	0	0	0	0		0	1 (50%)	0	0	1 (50%)
- Narcistisch	-	0	0/0	0/0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
- Afhankelijk	-	4	1/3	3/1	2 (50%)	0	0	0		0	0	1 (25%)	0	1 (25%)
- Ontwijkend	-	2	2/0	2/0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
- OCD	-	10	4/6	9/1	3 (30%)	2 (20%)	0	0		0	0	0	0	1 (10%)
- nao	-	12	6/6	8/4	6 (50%)	1 (8%)	0	0		0	0	2 (17%)	1 (8%)	4 (33%)
Eetstoornis	0,09‰	17	0/17	17/0	5 (29%)	1 (6%)	0	0	0		0	0	1 (6%)	0
- Anorexia	-	4	0/4	4/0	2 (50%)	0	0	0	0		0	0	0	0
- Boulimia	-	2	0/2	2/0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
- nao	-	11	0/11	11/0	3 (27%)	1 (9%)	0	0	0		0	0	1 (9%)	0
Schizofrenie	0,20‰	28	22/6	5/23	1 (4%)	0	0	0	2 (7%)	0	-	1 (4%)	0	5 (18%)
Psychose	-	21	13/8	16/5	6 (29%)	1 (5%)	0	0	4 (19%)	0	1 (5%)		0	7 (33%)
- Affectieve	0,17‰	1	0/1	1/0	0	0	0	0	1 (100%)	0	0	-	0	0
- Nao	0,42‰	19	13/6	14/5	6 (32%)	1 (5%)	0	0	3 (16%)	0	1 (5%)		0	7 (37%)
- Postpartum	-	1	0/1	1/0	0	0	0	0	0	0	0		0	0

(*) gegevens uit handboek 'Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen.' Stefaan Bartholomeeusen, Carla Truyers en Frank Buntinx (2010)

Tabel 1. Patiëntenkarakteristieken. Overzicht van het voorkomen van de psychiatrische aandoeningen en van de comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen in deze studie.

Legende:

Depr: depressie

Angst: angststoornis

Somat: somatisatiestoornis

PTSD: Posttraumatische stresssyndroom

Persst: persoonlijkheidsstoornis

Eetst: eetstoornis

Schizo: schizofrenie

Psych: psychosen

Suicid: suicidaliteit

	Totaal		Comorbide pijnproblemen						
		Geen	Hoofd	Nek	Rug	Musc-skel	Gast-Int	Thor	Andere
Incidentie ‰ Vlaanderen 2006-08 volgens INTEGO (*)	-	-	10,07‰	26,21‰	15,62‰	14,32‰	9,96‰	1,45‰	6,92‰
Alle psychiatrische aandoeningen	370	110 (30%)	46 (12%)	60 (16%)	105 (28%)	110 (30%)	56 (15%)	10 (3%)	53 (14%)
Depressie	219	67 (31%)	22 (10%)	39 (18%)	72 (33%)	70 (32%)	31 (14%)	4 (2%)	36 (16%)
- Majeure	208	65 (31%)	19 (9%)	37 (18%)	70 (34%)	65 (31%)	31 (15%)	4 (2%)	33 (16%)
- Bipolaire	9	2 (22%)	2 (22%)	2 (22%)	1 (11%)	4 (44%)	0	0	2 (22%)
- Postpartum	2	0	1 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0	1 (50%)
Angststoornis	95	22 (23%)	15 (16%)	17 (18%)	22 (23%)	34 (36%)	19 (20%)	1 (1%)	12 (13%)
- Paniek	20	5 (25%)	2 (10%)	3 (15%)	6 (30%)	7 (35%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
- Hypochondrie	6	1 (17%)	2 (33%)	2 (33%)	2 (33%)	1 (17%)	1 (17%)	0	1 (17%)
- Fobie	6	1 (17%)	2 (33%)	2 (33%)	0	4 (67%)	1 (17%)	0	2 (33%)
- nao	63	15 (24%)	9 (14%)	10 (16%)	14 (22%)	22 (35%)	16 (25%)	0	8 (13%)
Somatisatiestoornis	7	0	2 (29%)	2 (29%)	3 (43%)	3 (43%)	3 (43%)	0	4 (57%)
PTSD	8	2 (25%)	0	3 (38%)	3 (38%)	1 (13%)	2 (25%)	0	2 (25%)
Persoonlijkheidsstoornis	44	14 (32%)	5 (11%)	4 (9%)	13 (30%)	6 (14%)	7 (16%)	1 (2%)	7 (16%)
- Paranoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizotypisch	1	0	0	0	1 (100%)	0	0	0	0
- Theatraal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Borderline	16	2 (13%)	3 (19%)	2 (13%)	8 (50%)	1 (6%)	5 (31%)	0	5 (31%)
- Antisociaal	2	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0	0	0
- Narcistisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Afhankelijk	4	1 (25%)	0	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	1 (25%)
- Ontwijkend	2	0	1 (50%)	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0
- OCD	10	5 (50%)	0	0	2 (20%)	1 (10%)	3 (30%)	0	0
- nao	12	6 (50%)	0	1 (8%)	3 (25%)	2 (17%)	0	0	1 (8%)
Eetstoornis	17	6 (35%)	1 (6%)	3 (18%)	1 (6%)	3 (18%)	5 (29%)	1 (6%)	2 (12%)
- Anorexia	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
- Boulimia	2	0	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0	0
- nao	11	5 (45%)	0	1 (9%)	0	1 (9%)	4 (36%)	0	0
Schizofrenie	28	15(54%)	3 (11%)	1 (4%)	0	5 (18%)	2 (7%)	1 (4%)	4 (14%)
Psychose	21	7 (33%)	2 (10%)	2 (10%)	4 (19%)	4 (19%)	0	3 (14%)	2 (10%)
- Affectieve	1	0	0	0	0	0	0	1 (100%)	0
- Nao	19	7 (37%)	2 (11%)	2 (11%)	3 (16%)	4 (21%)	0	2 (11%)	2 (11%)
- Postpartum	1	0	0	0	1 (100%)	0	0	0	0

(*) gegevens uit handboek 'Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen.' Stefaan Bartholomeeusen, Carla Truyers en Frank Buntinx (2010)

Tabel 2. Pijnproblemen. Overzicht van de comorbiditeit tussen de psychiatrische aandoeningen en de chronische pijnproblemen in deze studie.

Legende:

Hoofd: ICPC codes N01 hoofdpijn, N02 aangezichtspijn, N89 migraine, N90 clusterhoofdpijn, N92

trigeminusneuralgie, N95 spanningshoofdpijn

Nek: ICPC code L83 neksyndroom

Rug: ICPC codes L84 rugsyndroom zonder uitstralende pijn, L86 rugsyndroom met uitstralende pijn

Musc-skel: ICPC codes L18 spierpijn, L90 gonartrose, L91 andere perifere artrose

Gast-Int: ICPC codes D01 Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen, D02 Maagpijn, D06 Andere gelokaliseerde buikpijn

Thor: ICPC codes A11 Pijn op de borst nao, 01 Pijn toegeschreven aan het hart, P03 pijn cardiovasculair stelsel nao, R01 pijn toegeschreven aan de luchtwegen

Andere: pijn ten gevolge van maligne processen, ICPC codes A01 Pijn meerdere plaatsen, N93 carpale tunnelsyndroom, N94 perifere neuritis/neuropathie, S01 pijn/ gevoeligheid huid.

Psychiatrische aandoeningen	Psychofarmaca				Pijnmedicatie						Andere
	Geen	Antidepressiva	Antipsychotica	Benzodiazepine	Geen	Paracetamol	Acetylsalicylzuur	NSAID	Zwak opioïd	Sterk opioïd	PPI
Alle aandoeningen	119 (32%)	174 (47%)	93 (25%)	165 (45%)	211 (57%)	102 (28%)	7 (2%)	103 (28%)	46 (12%)	14 (4%)	75 (20%)
Depressie	65 (30%)	120 (55%)	40 (18%)	116 (53%)	119 (54%)	61 (28%)	3 (1%)	71 (32%)	33 (15%)	12 (5%)	41 (19%)
- Majeure	63 (30%)	115 (55%)	35 (17%)	111 (53%)	113 (54%)	57 (27%)	3 (1%)	68 (33%)	32 (15%)	12 (6%)	39 (19%)
- Bipolaire	2 (22%)	4 (44%)	5 (56%)	4 (44%)	5 (56%)	4 (44%)	0	2 (22%)	1 (11%)	0	2 (22%)
- Postpartum	0	1 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	0	0
Angststoornis	34 (36%)	39 (41%)	16 (17%)	43 (45%)	59 (62%)	25 (26%)	2 (2%)	26 (27%)	10 (11%)	1 (1%)	23 (24%)
- Paniek	3 (15%)	13 (65%)	4 (20%)	13 (65%)	12 (60%)	7 (35%)	0	4 (20%)	4 (20%)	0	5 (25%)
- Hypochondrie	2 (33%)	1 (17%)	1 (17%)	4 (67%)	3 (50%)	2 (33%)	0	2 (33%)	1 (17%)	0	2 (33%)
- Fobie	5 (83%)	0	0	1 (17%)	3 (50%)	2 (33%)	0	3 (50%)	0	0	2 (33%)
- Nao	24 (38%)	25 (40%)	11 (17%)	25 (40%)	41 (65%)	14 (22%)	2 (3%)	17 (27%)	5 (8%)	1 (2%)	14 (22%)
Somatisatiestoornis	5 (71%)	2 (29%)	0	2 (29%)	4 (57%)	2 (29%)	0	1 (14%)	1 (14%)	0	2 (29%)
PTSD	1 (13%)	7 (88%)	5 (63%)	6 (75%)	2 (25%)	4 (50%)	0	4 (50%)	1 (13%)	0	2 (25%)
Persoonlijkheidsstoornis	11 (25%)	23 (52%)	16 (36%)	19 (43%)	24 (55%)	13 (30%)	2 (5%)	8 (18%)	3 (7%)	3 (7%)	6 (14%)
- Paranoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizotypisch	0	0	1 (100%)	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0	0	0	0
- Theatraal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Borderline	2 (13%)	12 (75%)	6 (38%)	8 (50%)	9 (56%)	4 (25%)	0	3 (19%)	2 (13%)	0	0
- Antisociaal	0	0	2 (100%)	0	0	2 (100%)	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
- Narcistisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Afhankelijk	0	3 (75%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	0	1 (25%)	1 (25%)
- Ontwijkend	0	1 (50%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	0	0	0	1 (50%)
- OCD	3 (30%)	4 (40%)	2 (20%)	6 (60%)	9 (90%)	0	0	1 (10%)	0	0	3 (30%)
- nao	6 (50%)	5 (42%)	2 (17%)	4 (33%)	7 (58%)	3 (25%)	0	3 (25%)	0	2 (17%)	2 (17%)
Eetstoornis	11 (65%)	4 (24%)	2 (12%)	5 (29%)	12 (71%)	3 (18%)	0	2 (12%)	2 (12%)	1 (6%)	4 (24%)
- Anorexia	2 (50%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0	2 (50%)	1 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
- Boulimia	1 (50%)	1 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)
- nao	8 (73%)	2 (18%)	0	2 (18%)	10 (91%)	1 (9%)	0	0	0	0	2 (18%)
Schizofrenie	1 (4%)	12 (43%)	26 (93%)	15 (54%)	14 (50%)	12 (43%)	2 (7%)	3 (11%)	1 (4%)	1 (4%)	8 (29%)
Psychose	2 (10%)	12 (57%)	15 (71%)	12 (57%)	11 (52%)	6 (29%)	0	6 (29%)	3 (14%)	1 (5%)	4 (19%)
- Affectieve	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)
- Nao	2 (11%)	10 (53%)	13 (68%)	10 (53%)	10 (53%)	6 (32%)	0	5 (26%)	3 (16%)	1 (5%)	3 (16%)
- Postpartum	0	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	0	0	0	0	0	0

Tabel 3. Medicatie. Overzicht van de psychiatrische aandoeningen en het gebruik van psychofarmaca, analgetica en protonpompinhibitoren.

Psychiatrische aandoeningen	Geen AD	N06AB	N06AF/AG	N06AA	N06AX	NRI	SNRI	NEU	STJ
Alle aandoeningen	196 (53%)	93 (25%)	0	31 (8%)	75 (20%)	0	37 (10%)	45 (12%)	2 (1%)
Depressie	99 (45%)	64 (29%)	0	22 (10%)	49 (22%)	0	26 (12%)	28 (13%)	1 (0,5%)
- Majeure	93 (45%)	61 (29%)	0	22 (11%)	45 (22%)	0	24 (12%)	26 (13%)	1 (0,5%)
- Bipolaire	5 (56%)	3 (33%)	0	0	3 (33%)	0	1 (11%)	2 (22%)	0
- Postpartum	1 (50%)	0	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
Angststoornis	56 (59%)	17 (18%)	0	12 (13%)	14 (15%)	0	8 (8%)	6 (6%)	2 (2%)
- Paniek	7 (35%)	6 (30%)	0	5 (25%)	5 (25%)	0	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)
- Hypochondrie	5 (83%)	1 (17%)	0	0	0	0	0	0	0
- Fobie	6 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0
- Nao	38 (60%)	10 (16%)	0	7 (11%)	9 (14%)	0	6 (10%)	4 (6%)	1 (2%)
Somatisatiestoornis	5 (71%)	2 (29%)	0	0	0	0	0	0	0
PTSD	1 (13%)	2 (25%)	0	2 (25%)	4 (50%)	0	3 (38%)	3 (38%)	0
Persoonlijkheidsstoornis	21 (48%)	15 (34%)	0	3 (7%)	13 (30%)	0	5 (11%)	9 (20%)	0
- Paranoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizotypisch	1 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0
- Theatraal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Borderline	4 (25%)	7 (44%)	0	1 (6%)	7 (44%)	0	1 (6%)	6 (38%)	0
- Antisociaal	2 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0
- Narcistisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Afhankelijk	1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	1 (25%)	0	1 (25%)	0	0
- Ontwijkend	1 (50%)	1 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
- OCD	6 (60%)	4 (40%)	0	1 (10%)	1 (10%)	0	1 (10%)	0	0
- nao	7 (58%)	3 (25%)	0	0	4 (33%)	0	2 (17%)	3 (25%)	0
Eetstoornis	13 (76%)	1 (6%)	0	0	3 (18%)	0	2 (12%)	1 (6%)	0
- Anorexia	3 (75%)	0	0	0	1 (25%)	0	0	1 (25%)	0
- Boulimia	1 (50%)	0	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
- nao	9 (82%)	1 (9%)	0	0	1 (9%)	0	1 (9%)	0	0
Schizofrenie	16 (57%)	6 (21%)	0	0	6 (21%)	0	4 (14%)	4 (14%)	0
Psychose	9 (43%)	8 (38%)	0	1 (5%)	6 (29%)	0	2 (10%)	5 (24%)	0
- Affectieve	0	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0	0	0	0
- Nao	9 (47%)	7 (37%)	0	0	5 (26%)	0	2 (11%)	4 (21%)	0
- Postpartum	0	0	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)	0

Tabel 4. Antidepressiva. Overzicht van het gebruik van de verschillende klassen antidepressiva bij de verschillende psychiatrische aandoeningen.

Legende:

N06AB : selectieve serotonine heropname remmers (SSRI)

N06AF/AG : selectieve en niet-monoamineoxidase inhibitoren (MAO-i)

N06AA : niet-selectieve monoamine heropname remmers (TCA: tricyclische antidepressiva)

N06AX : overige antidepressiva (NRI + SNRI + NEU + STJ)

NRI: selectieve norepinephrine heropname remmers

SNRI: serotonine en norepinephrine heropname remmers

NEU: antidepressiva inwerkend op neuroreceptoren

STJ: Sint-Janskruid = hypericum perforatum

Psychiatrische aandoeningen	Geen AP	N05AA	N05AF	N05AD	N05AG	N05AL	N05AN	N05AH	N05AE	N05AX
Alle aandoeningen	277 (75%)	3 (1%)	24 (6%)	13 (4%)	2 (1%)	17 (5%)	2 (1%)	46 (12%)	0	25 (7%)
Depressie	179 (82%)	0	13 (6%)	2 (1%)	0	7 (3%)	1 (0,5%)	16 (7%)	0	5 (2%)
- Majeure	173 (83%)	0	13 (6%)	2 (1%)	0	7 (3%)	0	13 (6%)	0	4 (2%)
- Bipolaire	4 (44%)	0	0	0	0	0	1 (11%)	3 (33%)	0	1 (11%)
- Postpartum	2 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Angststoornis	79 (83%)	0	7 (7%)	0	0	5 (5%)	0	3 (3%)	0	1 (1%)
- Paniek	16 (80%)	0	3 (15%)	0	0	1 (5%)	0	0	0	0
- Hypochondrie	5 (83%)	0	0	0	0	1 (17%)	0	0	0	0
- Fobie	6 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Nao	52 (83%)	0	4 (6%)	0	0	3 (5%)	0	3 (5%)	0	1 (2%)
Somatisatiestoornis	7 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PTSD	3 (38%)	0	3 (38%)	1 (13%)	0	0	0	3 (38%)	0	0
Persoonlijkheidsstoornis	28 (64%)	1 (2%)	4 (9%)	2 (5%)	0	2 (5%)	0	9 (20%)	0	4 (9%)
- Paranoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizotypisch	0	0	0	0	0	1 (100%)	0	0	0	0
- Theatraal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Borderline	10 (63%)	1 (6%)	3 (19%)	2 (13%)	0	0	0	4 (25%)	0	0
- Antisociaal	0	0	0	0	0	0	0	2 (100%)	0	1 (50%)
- Narcistisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Afhankelijk	2 (50%)	0	0	0	0	0	0	1 (25%)	0	1 (25%)
- Ontwijkend	0	0	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
- OCD	8 (80%)	0	1 (10%)	0	0	1 (10%)	0	0	0	1 (10%)
- nao	10 (83%)	0	0	0	0	0	0	1 (8%)	0	1 (8%)
Eetstoornis	15 (88%)	0	0	0	0	1 (6%)	0	1 (6%)	0	0
- Anorexia	2 (50%)	0	0	0	0	1 (25%)	0	1 (25%)	0	0
- Boulimia	2 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- nao	11 (100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schizofrenie	2 (7%)	2(7%)	4 (14%)	8 (29%)	1 (4%)	5 (18%)	1 (4%)	21 (75%)	0	12 (43%)
Psychose	6 (29%)	0	0	3 (14%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (19%)	0	10 (48%)
- Affectieve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100%)
- Nao	6 (32%)	0	0	3 (16%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (21%)	0	8 (42%)
- Postpartum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100%)

Tabel 5. Antipsychotica. Overzicht van het gebruik van de verschillende klassen antipsychotica bij de verschillende psychiatrische aandoeningen.

Legende:

N05AA : fenothiazinen

N05AF : thioxanthenen

N05AD : butyrofenonen

N05AG : difenylpiperidinen

N05AL : benzamides

N05AN : lithiumzouten

N05AH : diazepines, oxazepines en thiazepines

N05AE : indoolderivaten

N05AX : overige antipsychotica

Psychiatrische aandoeningen	Geen	kort	mid	lang	N05CD	N05BA	M03BX07	N05CF
Alle aandoeningen	205 (55%)	3 (1%)	89 (24%)	57 (15%)	35 (9%)	90 (24%)	15 (4%)	45 (12%)
Depressie	103 (47%)	1 (0,5%)	47 (21%)	39 (18%)	20 (9%)	46 (21%)	14 (6%)	34 (16%)
- Majeure	97 (47%)	1 (0,5%)	43 (21%)	38 (18%)	19 (9%)	43 (21%)	13 (6%)	34 (16%)
- Bipolaire	5 (56%)	0	4 (44%)	0	1 (11%)	3 (33%)	0	0
- Postpartum	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0
Angststoornis	52 (55%)	1 (1%)	27 (28%)	11 (12%)	4 (4%)	26 (27%)	3 (3%)	13 (14%)
- Paniek	7 (35%)	1 (5%)	7 (35%)	2 (10%)	2 (10%)	8 (40%)	0	5 (25%)
- Hypochondrie	2 (33%)	0	1 (17%)	1 (17%)	1 (17%)	1 (17%)	0	2 (33%)
- Fobie	5 (83%)	0	1 (17%)	0	0	1 (17%)	0	0
- Nao	38 (60%)	0	18 (29%)	8 (13%)	1 (2%)	16 (25%)	3 (5%)	6 (10%)
Somatisatiestoornis	5 (71%)	0	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	0	1 (14%)
PTSD	2 (25%)	0	4 (50%)	2 (25%)	1 (13%)	3 (38%)	1 (13%)	0
Persoonlijkheidsstoornis	25 (57%)	1 (2%)	12 (27%)	5 (11%)	4 (9%)	13 (30%)	1 (2%)	3 (7%)
- Paranoid	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0
- Schizotypisch	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)	0	0
- Theatraal	0	0	0	0	0	0	0	0
- Borderline	8 (50%)	0	7 (44%)	2 (13%)	3 (19%)	6 (38%)	0	0
- Antisociaal	2 (100%)	0	0	0	0	0	0	0
- Narcistisch	0	0	0	0	0	0	0	0
- Afhankelijk	3 (75%)	0	1 (25%)	1 (25%)	0	1 (25%)	0	0
- Ontwijkend	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	0
- OCD	4 (40%)	1 (10%)	3 (30%)	1 (10%)	2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	1 (10%)
- nao	8 (67%)	0	1 (8%)	1 (8%)	0	3 (25%)	0	2 (17%)
Eetstoornis	12 (71%)	0	2 (12%)	2 (12%)	1 (6%)	3 (18%)	0	2 (12%)
- Anorexia	2 (50%)	0	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0	0
- Boulimia	1 (50%)	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0
- nao	9 (82%)	0	0	0	0	0	0	2 (18%)
Schizofrenie	13 (46%)	0	12 (43%)	6 (21%)	8 (29%)	12 (43%)	0	0
Psychose	9 (43%)	1 (5%)	8 (38%)	4 (19%)	3 (14%)	9 (43%)	0	2 (10%)
- Affectieve	0	0	1 (100%)	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0
- Nao	9 (47%)	1 (5%)	6 (32%)	3 (16%)	3 (16%)	7 (37%)	0	2 (11%)
- Postpartum	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)	0	0

Tabel 6. Benzodiazepines. Overzicht van het gebruik van de verschillende klassen benzodiazepines bij de verschillende psychiatrische aandoeningen.

Legende:

Kort: kortwerkende benzodiazepines

Mid: middellangwerkende benzodiazepines

Lang: langwerkende benzodiazepines

N05CD : hypnotische benzodiazepines

N05BA : anxiolytische benzodiazepines

M03BX07 : spierrelaxerende benzodiazepines

N05CF : Z-medicatie

Hoofdstuk 3: Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering

1. Patiënten met een psychiatrische aandoening hebben een verhoogd risico op comorbide somatische aandoeningen. Schenk bij deze patiënten voldoende aandacht aan cardiovasculaire preventie, kankerpreventie en screeningsprogramma's.
2. Chronische pijnproblemen zijn zeer prevalent bij patiënten met angststoornissen, posttraumatisch stresssyndroom en majeure depressie. Pijn moet als een basissymptoom beschouwd worden bij deze aandoeningen. Vraag actief naar pijnproblemen tijdens de anamnese en start tijdig analgetica op.
3. Personen met chronische pijnproblemen, al dan niet met gekende medische oorzaak, hebben vaak een onderliggende psychiatrische aandoening. Het is aanbevolen bij chronische pijn te screenen naar angststoornissen, PTSD en majeure depressie en deze psychiatrische aandoeningen te behandelen.
4. Wees voorzichtig met de toediening van opioïden bij jongeren en adolescenten met chronisch pijn en comorbide psychiatrische aandoeningen. Het risico op opioïden-afhankelijkheid op latere leeftijd is bij deze patiënten sterk verhoogd.
5. Psychiatrische aandoeningen en chronische pijnproblemen zijn van elkaar onafhankelijke risicofactoren voor suïcide. In geval van comorbiditeit versterken deze risicofactoren elkaar nog. Schenk bijgevolg extra aandacht aan zelfmoordpreventie.
6. De diagnostiek van ernstige somatische aandoeningen bij schizofrene patiënten wordt bemoeilijkt door een gedaalde spontane verbale expressie van pijn. Pijn is bij artsen vaak een essentieel element in het mentale 'script' van bepaalde aandoeningen zoals bijvoorbeeld een acuut abdomen of acuut myocardinfarct. Bij schizofrenie moet men afwijken van deze scripts. Sluit geen differentiële diagnose uit op basis van het gebrek aan pijnexpressie, maar baseer u op andere anamnestiche en klinische tekens.
7. Artsen gaan er van uit dat ouders een goede inschatting maken van de ernst van de pijn van hun kind met mentale retardatie. Er is evidentie dat ouders deze pijn echter vaak onderschatten. Baseer u bijgevolg niet op de heteroanamnese van pijn, maar gebruik scoreschalen op basis van mimiek of lichaamstaal om de ernst van de pijn in te schatten.
8. Een gebrek aan pijnexpressie is niet hetzelfde als een gebrek aan pijnsensatie. Ondanks de afwezigheid van pijn in de anamnese is het van groot belang analgetica op te starten bij ernstige somatische aandoeningen bij patiënten met schizofrenie en neuropsychiatrische ontwikkelingsstoornissen.
9. Automutilatie mag niet beschouwd worden als een bewijs voor analgesie. Bij personen met mentale retardatie kan zelfverminking een manier zijn om de aandacht te onttrekken van miskende emotionele of somatische pijn elders in het lichaam. Erken automutilatie als een hulpvraag om de onderliggende pijn op te sporen en te behandelen.

BIJLAGE 1

INFORMED CONSENT

Somatische zorg bij de patiënt met een psychiatrische aandoening door de huisarts: pijn en pijnbehandeling

Informatiebrief voor de deelnemers en/of vertegenwoordiger

Geachte heer, mevrouw

U wordt gevraagd om deel te nemen aan deze studie omdat de gegevens uit uw medisch dossier kunnen bijdragen aan de verbetering van de gezondheidszorg voor patiënten met een chronische psychiatrische aandoening.

1. Doel van de studie

Deze studie wil nagaan of personen met een psychiatrische aandoening meer of minder chronische pijnproblemen ondervinden dan personen zonder een psychiatrische aandoening. Verder wil de studie het gebruik van pijnmedicatie onder de loep nemen.

2. Procedures en studieprotocol

Als u toestemt om aan de studie deel te nemen, wordt er op een doorlichting gemaakt van uw medisch dossier. Pijnproblemen en medicatiegebruik worden statistisch geanalyseerd. Zo verkrijgt men een overzicht van de pijnproblemen en medicatiegebruik bij personen met een psychiatrische aandoening. U dient geen medisch onderzoek of interview te ondergaan.

3. Voordelen

Door deel te nemen aan de studie kan u er mede voor zorgen dat de pijnbehandeling bij personen met een psychiatrische aandoening in de toekomst op punt kan worden gesteld. Zo draagt u positief bij aan het verbeteren van het wetenschappelijk inzicht in het verband tussen psychisch en lichamelijk lijden.

4. Risico's

Er zijn geen risico's verbonden aan het onderzoek. U zal geen hinder ondervinden van het onderzoek.

5. Anonimiteit en vertrouwelijkheid

Uw gegevens worden strikt anoniem en vertrouwelijk behandeld. U zult niet geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met deze studie.

6. Recht van weigering

De deelname aan deze studie is volledig op vrijwillige basis. U hoeft niet deel te nemen als u dat niet wenst. Als u deelneemt aan deze studie, mag u uw deelname op elk moment beëindigen, zonder dat u daar enig nadeel van zal ondervinden.

7. Kosten

Er zijn geen kosten verbonden aan het onderzoek. Alle kosten zijn ten laste van het onderzoeksteam.

Indien u akkoord gaat dat de verkregen gegevens wetenschappelijk geanalyseerd zullen worden, volstaat het dat u toestemming geeft door het toestemmingsformulier te ondertekenen.

8. Contactgegevens

Als u meer informatie wenst of vragen heeft over de studie kunt u steeds terecht bij:

Sylvia Vissers
Madrigaalstraat 1
2200 Herentals
014/223266

Toestemmingsformulier van de deelnemer en/of vertegenwoordiger

Met vragen kunt u steeds terecht bij de hoofdonderzoeker: Sylvia Vissers.

Uw medische zorgverlening zal niet beïnvloed worden door uw keuze.

- ☐ Ik bevestig dat ik de informatiebrief voor het bovengenoemde onderzoek heb gelezen en begrepen.
- ☐ Ik begrijp dat de deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik het recht heb om mij op elk moment terug te trekken.
- ☐ Ik stem toe in deelname aan bovengenoemd onderzoek en dat de gegevens verzameld in het kader van dit onderzoek wetenschappelijk geanalyseerd en gepubliceerd mogen worden.
- ☐ Ik ga ermee akkoord dat enkel bevoegde personen mijn persoonlijke onderzoeksgegevens inkijken.

Naam van de
deelnemer of
vertegenwoordiger

Datum

Handtekening

BIJLAGE 2

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)



KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Professor Bert Aertgeerts
Diensthoofd vakgroep Huisartsgeneeskunde
Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 33 blok 1 bus 7001
3000 Leuven

ONS KENMERK ML9299
LEUVEN, 23 april 2013

MANAMA HUISARTSGENEESKUNDE Somatische zorg bij de patiënt met een psychiatrische aandoening door de huisarts: pijn en pijnbehandeling. Dr. Sylvia Vissers S55413.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 19 april 2013.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. In het kader van de gesprekken met Prof. Schotsmans (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek) aangaande dergelijke studies geeft de Commissie dan ook een gunstig advies over dit onderzoeksproject.

De Commissie bevestigt dat ze volgens de ICH-GCP principes werkt (International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice).

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend werd door de gedelegeerd bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009).

Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULEuven

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Cc CTC Clinical Trial Center

Cc Promotor
Prof. J. De Lepeleire

Student
Dr. Sylvia Vissers

Cc Mevr. An Stockmans, Administratieve coordinator ICHO vzw

BIJLAGE 3

Manamathesis: Somatische zorg voor de psychiatrische patiënt door de huisarts: pijn en pijnbehandeling
Belgisch nr.: B026201318881
Onderzoeker: Sylvia Vissers, huisarts in opleiding, onder begeleiding van dr. H. Stoop, somatisch consulent PC Bethanië Zoersel

definitief gunstig advies

Geachte

Het ethisch comité van AZ Sint-Maarten (vzw Emmaüs) heeft bovenvermeld onderzoek in het kader van uw masterproef onderzocht en besproken.

Na inzage van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot vermeld dossier (uw schrijven van 28.10.2013) is het comité van oordeel dat het voorgestelde onderzoek ethisch verantwoord is en kan uitgevoerd worden in PC Bethanië.

Gelieve als opmerking te noteren dat de titel op het informed consent dient aangepast te worden conform met de bovenvermelde titel.

Dit gunstig advies houdt rekening met de wettelijke bepalingen van art. 11 § 4 van de wet van 7 mei 2004 wet inzake experimenten op de menselijke persoon.

Dit advies betekent niet dat het comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Het ethisch comité en de leden kunnen onder geen enkele voorwaarde aansprakelijk gesteld worden.

Gelieve de medewerking van het ziekenhuis duidelijk te vermelden in de masterproef. Bij eventuele publicatie van een artikel over het onderzoek in een tijdschrift dient u contact op te nemen met Brigitte Van Looy over afspraken i.v.m. auteurslijst (brigitte.van.looy@emmaus.be - 015 44 67 21)

Gelieve na afronding van het onderzoek een exemplaar van de masterproef te bezorgen op bovenstaand adres of elektronisch aan brigitte.van.looy@emmaus.be

Het ethisch comité stelt de hoofdgeneesheer in kennis van dit advies.

Met vriendelijke groeten



Dr. J. Vander Sande
Voorzitter

kopie: dr. M. Hermans, dr. Stoop, FAGG